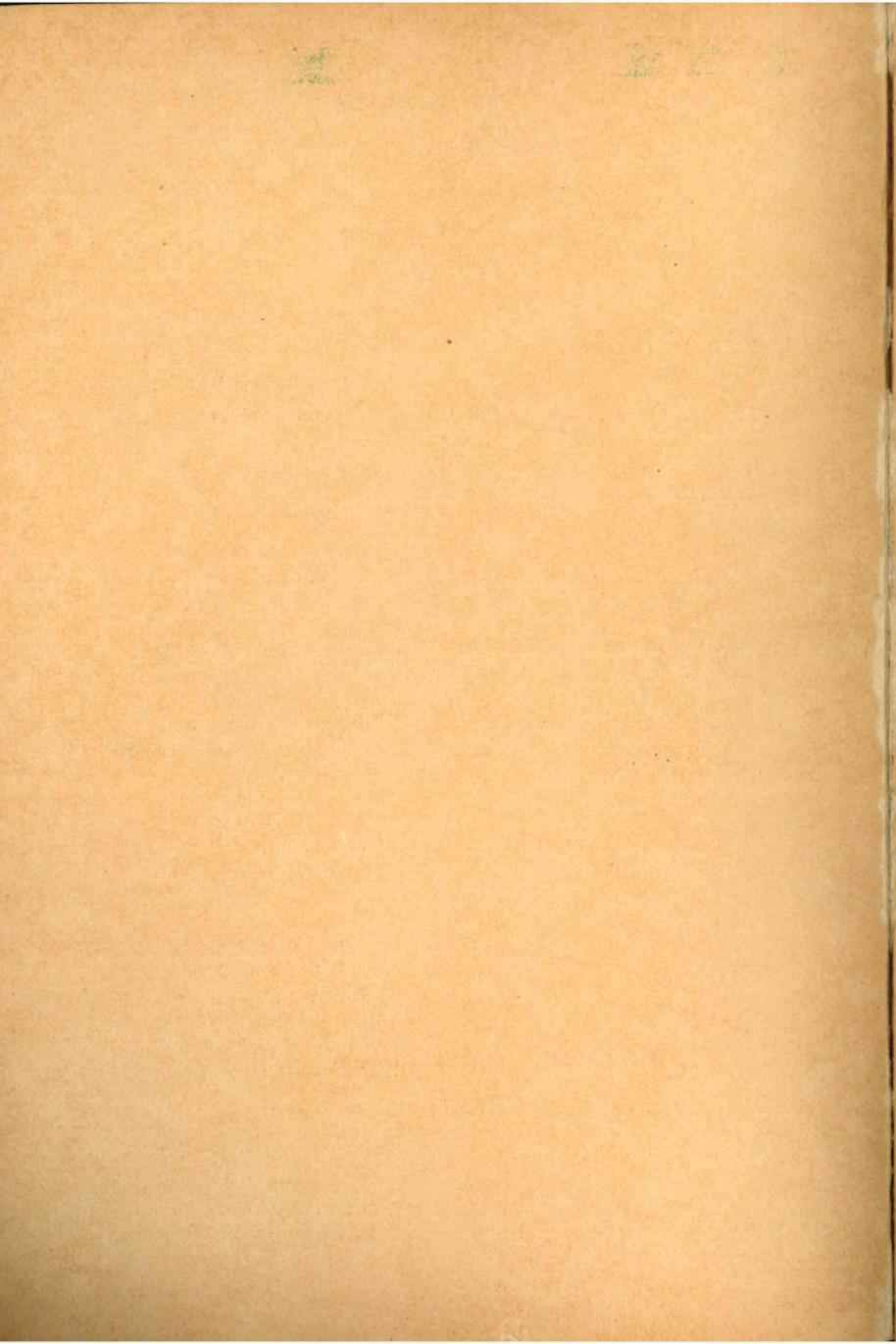


ANKARA
VE
İZMİR

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ

- **asistanların fazla mesailerı konusunda dekanların görüşleri**
- **genel sağlık sigortasına HAYIR**
- **beslenme**
- **isveç'te sağlık hizmetleri**



İÇİNDEKİLER

- Söyleşi
- Odalardan Haberler
- Tıp Fak. Dekanlarıyla röportaj (Cevdet DURANOĞLU)
- Dr. Turhan TEMUÇİN
- Dr. İhsan ÜNLÜER
- Dr. Ahmet KARAMAN
- Genel Sağlık Sigortası (İzmir Tab. Od. Halk Sağ. Bü.)
- Hastaların sırtından Kapitalistleşme : Sağlık Sigortası Endüstrisi (Ank. Tab. Od. Halk. Sağ. Bü.)
- İsveç'te sağlık hizmetleri (Derleyen Dr. Mehmet TUNCA)
- Beslenme (Ank. Tab. Od. Halk. Sağ. Bü.)
- Koruyucu hekimlikte ortopedi (Prof. Dr. Veli LÖK)
- (Doğuştan kalça çıkığının erken tanısı)

TOB

Türk Tabibler Birliği
Ankara ve İzmir Tabip
Odaları Aylık Yayın
Organı

Sahibi :

Ankara Tabip Odası Başkanı
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

Yazı İşleri Müdürü :

Dr. Orhan AYBERS

Teknik Sekreter :

Cevdet DURANOĞLU

Yazı Kurulu

(Ankara Tabip Odası'ndan)
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ, Dr. Bülent
KAVAKLI, Dr. Orhan AYBERS

(İzmir Tabip Odası'ndan)
Dr. Mustafa ULUSOY, Dr. Erkan
SEVİNÇ, Dr. Soniz EVREN

Yönetim Yeri :

Hanımeli Sok. 16/2

Sıhhiye/ANKARA

Tlf : 29 55 70

Basıldığı Yer :

Kırali Matbaası Tlf : 18 28 14

Konur Sok. 15/B ANKARA

Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL.
Öğrencilere Yıllık Abone 60 TL.
Dış ülkelere 12 \$ (Normal Posta)
Yayınlanan yazılardaki görüş ve
düşünceler yazarlarına aittir. O-
dalarımızı ve TOB'u bağlamaz.

İlan Tarifesi :

Kapaklar 1000 TL.
İç tam sayfa 1500 TL.
İç yarım sayfa 750 TL.

TOB yarım yılı doldurdu

Ankara Tabip Odası tarafından yayın hayatına sokulan ATOB dergisi, gelişmesi içerisinde isim değişikliğiyle birlikte yarım yıllık yayın hayatını doldurdu. İzmir Tabip Odasının da katkılarıyla yazı ve abone kadrosu daha da güçlenen TOB, okurlarından büyük destek gördü.

Okurların bir yayını desteklemesi çeşitli yollarla olabilmektedir. Kimi okur derginin yazı kadrosunda değerli zamanlarını harcamakta, TOB'a bu yönde yardımda bulunmaktadır. Kimi okur derginin yaygınlaşıp, daha geniş bir çevrede okunur hale gelmesinde katkıda bulunmaktadır. Kimi okur ise dergiye abona bulmak için çabalara girmektedir. Bunların hepsi değerli katkılardır. Ve açıkça söylemek gerekir ki, TOB bu altıncı sayısındaki abone sayısına ve ilgili çevrelerde dikkatle izlenen bir yayın olma niteliğine, derginin belli işlerini yürüten kadronun yanında yardımlarını esirgemeyenlerin katkılarıyla kavuşmuştur.

Bu altıncı sayısından sonra TOB artık geniş bir hekim kitlesine malolmuştur. Hergün yeni aboneler müracaat etmektedir. Derginin yayın politikası, ilk sayısına görece artık belli bir çizgiye oturmuştur. Mali yönden ise, daha uzun süre «kâr eden bir yayın» haline gelme olanağı olmamakla birlikte, artık yayın hayatının sürekliliğini sağlayacak güce erişmiştir.

Her yapılan işi beğenen ve beğenmeyenler bulunacaktır. Unutulmamalıdır ki, TOBun yayınına son derece öfkelenen çevreler de vardır. Yayın politikası her geçen gün bazı çıkarıcıların düzenine aykırı gelen mesajlar götüren TOB, bu çevrelerin tepkisini görmektedir. Öte yandan, TOB'un «daha iyiye» gitmesi için yapılan eleştiriler gelmektedir. Bu iyi niyetli eleştiriler yayını daha da güçlendirecektir. TOB'un sayfaları her zaman bu nitelikteki eleştirilere açıktır. Yayınımıza öfkelenen çevrelerin eleştirileri de TOB için yararlıdır. Böylece yayını doğru yolda, halkın yanında olup olmadığını anlama olanağına kavuşacaktır.

Kısacası, 6 sayı sonra TOB'un bütün okurlarından dilediği şudur :

TOB halktan yana, ilerici tüm hekimlerin malıdır. TOB ile iletişim sağlanmalı, kuvvetlendirilmelidir. Ve sloganımız halâ şudur :
BİR ABONE DAHA

Saygılarımızla.

TOB

odalar dan haberler

7-14 Mart sağlık haftası

Şimdiye kadar «Tıp Bayramı» olarak kutlanan 14 Mart gününe bir anlam kazandırmak amacıyla, bu tarihlerde bir «Sağlık Haftası düzenlenmesi» Ankara Tabip Odası'na uygun görülmüştür. Türk Tabipleri Birliği'nin 8 Ocak tarihinde İzmir'de toplanan Temsilciler Meclisi toplantısında alınan karar da bu yöndedir.

Düzenlenecek «SAĞLIK HAFTASI»nın amacı, sağlık düzenimizin bilimsel bir eleştirisini kamuoyu önünde yapmak, Halk Sağlığı eğitimi konularında tartışma ortamı yaratmak, 14 Mart gününü yılda bir gün yapılan bir eğlence karnavalından öteye götürüp, sağlık sorunlarımıza sağlıklı bir bakış açısı sağlamak için bir çabaya girmek olarak tanımlanmıştır.

Bu nedenle Ankara Tabip Odası, Tüm Sağlık Personeli Derneği ve Tüm Üniversite Akademi ve Yüksek Okullar Asistanları Birliği ile ortaklaşa olarak bir sağlık haftası düzenlenmiştir. 7-14 Mart tarihleri arasında Halk Sağlığı ile ilgili değişik konularda konuşmalar yapılacaktır. Dergimiz yayına hazırlandığı sırada, çeşitli kuruluşlarla ilişkiler kurularak Ankara Tabip Odasının tüm üyelerinin de katılması sağlanmak üzere program ve araştırmalar yapılmaktadır. Bu araştırma grupları şunlardır.

1. Beslenme ve hayat pahalılığı
2. Ana - Çocuk Sağlığı
3. İlaç Sorunu
4. Konut sorunu
5. Halk için sağlık hizmetleri
6. İş ve işçi sağlığı, iş kazaları

Araştırma gruplarında görev alan diğer demokratik kuruluşlar şunlardır:

TMMOB, TİB, Has-İş, Ulaş-İş, Asis, İlerici Kadınlar Derneği, Ankara Kadınlar Derneği,

Aynı amaçla İzmir Tabip Odası 14-21 Mart 1976 tarihleri arasında Sağlık Haftası düzenlemiş ve İzmir dahilinde bir hafta sürecek yoğun bir program hazırlamıştır.

14 Mart da haftanın açılışı yapılacak ve aynı gece Efes otelinde bir balo verilecektir.

Daha sonra haftanın çeşitli günlerinde Sağlık politikası, Türkiye'nin sağlık sorunları, Sağlık eğitimi, Ruh sağlığı, Ülkemiz sağlığında ilaç sorunu, Beslenme Ana-Çocuk sağlığı, İşçi sağlığı ve iş güvenliği konularında açık oturum ve konferanslar düzenlenmiştir. Bunların dışında İzmir de sosyal faaliyet olarak festival ve körfezde bir vapur gezisi yapılacaktır.

Bir doktorun ölüm olayı

Asistan doktor Murat Oflaz arkadaşımızın genç yaştaki ölümü geniş üzüntü uyandırmıştır. Bu konuda Ankara Tabip Odası Başkanı'nın basına da dağıtılan üyelere yazdığı mektubun tam metnini aşağıda sunuyoruz.

Sayın üyemiz,

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği asistanlarından Dr. Murat Oflaz geçirdiği «hepatit» hastalığının ağır ve ani seyretmesi sonucu kurtarılamayarak 27.2.1976 günü ölmüştür.

Dr. Murat Oflaz'ın ölümü, genç yaştaki tüm ölümlerin çevrelerinde uyandırdığı üzüntü ve kederi uyandırmıştır. Genç meslektaşımızın eşine ve yakınlarına başsağlığı diler, üzüntü ve acılarını paylaştığımızı belirtirim.

Ne var ki; Dr. Murat Oflaz'ın ölümünde, basına açıklama yapmayı gerektirecek bazı noktalar bulunmaktadır. Bu da, üyelerimizin önemli bir kısmını oluşturan «asistan hekimlerin» çalışma koşullarıyla ilgilidir.

Büyük şehirlerimizdeki yataklı tedavi kurumları, 24 saat süreyle hizmete açık tutulmaktadır. Bu kurumlara Ankara'da, iki tıp fakültesi, S.S.K. hastaneleri, S.S.Y.B. hastaneleri ile askeri hastaneler de dahildir. Bu hastanelerde uzman hekimlerin yanı sıra asistan hekimler de çalışmaktadır. Asistan hekimler, bu hastanelerde asıl yükü omuzlamakta, poliklinik hizmetlerinden başlayarak tedaviye kadar resmi işlemler de dahil pek çok hizmeti yürütmektedirler. Ayrıca asistan hekimler gece nöbeti de tutmaktadırlar. Nöbet uygulaması kimi hastanelerde son derece insanlık dışı boyutlara ulaşmakta bazı yerlerde gınaşırı nöbet tutulmakta, bazı yerlerde de bir hafta süreyle nöbet sistemi uygulanmaktadır. Bu nöbet hizmetlerinin hiç bir kanun ve yönetmelikte adının geçmemesi ve karşılığında hiç bir ödemenin yapılmaması da ayrı bir sorundur. Ayrıca nöbet süresince bir asistan hekim sürekli olarak çalışmak zorundadır. Bir insanın normal çalışma koşullarının ve verimlilik sınırlarının dışında olan bu durum ötedenberi şikâyet konusu olmuştur.

İşte Dr. Murat Oflaz'ın ölümünde de bu çalışma şartlarının etkisi olduğu kanısındayız. Şöyle ki :

Ankara Tıp Fakültesi Ortopedi Kliniği'nde asistanlar bir hafta süreyle nöbet tutmaktadırlar. Dr. Murat Oflaz da bir hafta nöbet tutmuş, bu sürenin bitiminde de aynı fakültenin İntaniye kliniğine yatırılmış ve üç gün sonra ölmüştür. Dr. Oflaz, nöbet tuttuğu bir hafta süresince hastalığının ön belirtilerini farketmesine rağmen kendisini kontrol ettirmek için gerekli zamanı bile bulamamıştır.

Açıktır ki, Dr. Murat Oflaz'ın ölümünde, içinde bulunduğu çalışma koşulları etkili olmuştur. Bu ölüm olayı Ankara Tabip Odası'nın tüm üyeleri için bir uyarı niteliğindedir. İnsanlık dışı çalışma koşulları derhal terkedilmeli, Dr. Oflaz'ın ölümünde bu bir haftalık nöbet tutmaya zorlanmasının etkisi olduğu saptanırsa, tüm sorumluların cezalandırılması yoluna gidilmelidir.

Ankara Tabip Odası Başkanı
Dr. Hamdi Ögüş

Mart 1976

röportaj

1) Yaptığımız bir araştırmaya göre Devlet Kurumlarına hizmet verenlerden yalnızca Üniversite Akademik Personelinin asistan kesimi hariç bütün diğer devlet memurları ve işçiler fazla mesailerinin karşılığını az da olsa şeklen almaktalar. Sizce bu ayrıcalığın sebebi ne olmuştur.

2) Fazla mesai günlük resmi mesai saatleri dışında ve çalışmalardan ayrıca talep edilen bir hizmet olduğuna göre, sizce doktorların fazla mesailerinin karşılığını almaları gerekmez mi?

3) Üniversiteler Kanununun 38. maddesindeki «asistanların gösterilen yerdeki hizmeti yapmakla yükümlüdür.» hükmüne göre nöbet ve fazla mesailerin mecburiyet olduğunu savunanlar var. Bu madde Anayasa Mahkemesince iptal edilmiş olmakla beraber yapılacak fazla hizmetlerin karşılığının ödenmeyeceği anlamına gelir mi? Anayasamızın 44. maddesi karşılıksız çalışmayı angarya olarak açıkça yasakladığına göre bu kanunsuz durum nasıl düzelebilir.

4) İş Kanununa göre günde 3 saatten daha çok fazla mesai gayri sıhhi olduğu için yasaklanmıştır ve fazla mesai saatleri normal mesainin % 50 fazlasıyla ödenmek zorundadır. Bu durumda doktorların sık sık 36 saat hatta 1 hafta devamlı nöbette tek başına bir klinikten mesul olarak hizmet verdiği bir çalışma düzenini doktorların sağlığı yönünden sıhhi ve insancıl buluyor musunuz? Bu hizmet saatleri normal mesai saatlerine nazaran ve ne oranda fazla olmalıdır?

5) Şimdiye kadarki uygulamalarda bu haksız tutumu düzeltici bir davranış yoktur. Şimdiye kadar ne üniversite kanununda, ne de fakülte döner sermaye yönetmeliklerinde, adeta bilerek diğer bütün üniversite personeline tanınan fazla çalışma hakları asistanlara tanınmamıştır. Zaten üniversite de en çok fazla mesai yapanlar asistanlardır.

Bu durumda haklarını aramaları ve seslerini duyurmaları yönünden asistanlara ne yapmalarını önerirsiniz? Siz kendi payınıza birşeyler yapmayı düşünüyor musunuz?

6) TOB aracılığı ile doktorlarımıza duyurmak istediğimiz bir şey var mı?

Yukarıdaki ayrıntılı soruların ışığı altında, arkadaşımız Cevdet Duranoğlu İstanbul ve Ankara'daki Tıp Fakültesi dekanları ile yapmış olduğu görüşmeler sonunda kendilerinden aşağıdaki yanıtları aldı.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Hayati EKMEN

EKMEN: Ben dekanlığa başlar başlamaz asistanların müşgöl durumunu düşünerek 1765 sayılı kanunun 16. cı maddesi için yönetmeliği hemen çıkarttım ve döner sermayeden yardımcı sağlık personeline ve gene 1044 sayılı bir yönetmelikten de istifade ederek asistanlara döner sermayeden munzam bir para ödemeye başladım. Ve o zaman bizim fakültelerde asistanlar bütün Türkiye'deki kurumlardan fazla maaş alır duruma geçtiler...

Üniversite personel kanunu 1765 sayılı kanundur. 1765 sayılı kanunda fazla mesainin karşılığı diye bir fasıl yok. Yalnız der ki, bu kanunda bulunmayan hususlar için 657 sayılı memurin kanunundan istifade edebilirler. 657 sayılı kanuna dayanarak bir fazla mesai yönetmeliği çıkarılmış. Bu yönetmeliğin tarihi de 19-2-1975. Buna göre muayyen bir personele biz fazla mesai ödemeye başladık. Kendi memurlarımıza ve sağlık hizmetleri dışındaki teknik hizmetlere ve döner sermayeden ücret ödemediğimiz bazı sağlık hizmeti kesimindeki personelimize biz bu parayı ödüyoruz. Fakat asistanlara neden ödeyemiyoruz? Devlet Personel Dairesi diyor ki : «Hizmetin sürekliliğini gerektiren hallerde fazla mesai ücreti ödenmez» der. Ama şu bakımdan siz halksınız. Kırk saat hizmetten sonra biz herhangi bir yükümlülük getirdiğimiz takdirde, asistanlara fazla mesai ücreti ödemek mecburiyetindeyiz. Bunu nasıl öderiz? Nereden öderiz? Benim üzerinde durmak istediğim bu. Bizim bir de elimizde yönetmelik var. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetmeliği. Burada der ki gerek nöbetçi amirler ve gerekse nöbetçi hekimlere mecbur kalmadıkça ertesi gün görev verilmez. Bunu da yapamıyoruz. Açıkça söyleyeyim ertesi gün bu arkadaşımıza ihtiyacımız var. Dediğiniz gibi bu bir çözüm yolu değil. Ama buna fazla mesai nereden ödeyeyim. Ben şu şekilde hallettim. Döner sermaye hastalarına yapmış oldukları katkıdan dolayı oldukça iyi bir para ödüyorum. Onun için benim asistanlarım bana fazla mesai ver diye gelmediler. Ama Sağlık Bakanlığında durum böyle mi? Yahut başka bir fakültede durum böyle mi?

Asistana kırk saatin üstünde hiç kimse angarya yaptıramaz. Bunu ben de biliyorum. Anayasa'nın esaslı maddelerinden biridir. Ama nerden bulabiliriz diye ben bakıyorum, sizin randevu talebiniz üzerine Devlet Personel dairesine sabahleyin telefon ettim. Bana veremezsiniz dediler. Ama kırk saati geçerse ne olur dedim. Kırk saati geçerse kendisine izin verirsiniz dediler.

Bu durumda ben döner sermayeden ancak prim verebiliyorum. Ama bu fazla mesai ücreti değil. Hocası ile ameliyata giren asistan, mesai saati dışında özel muayene olduğu zaman hastadan alınacak olan ücretin % 50'sinin % 20'sini alacak. Ki bu cerrahi müdahalelerde azımsanacak bir

para değil. Ama dahiliye şubesi asistanları hocanın yapmış olduğu özel muayeneye yardım ettiği takdirde alabilecek. Ama yardım eder ama etmez. Açıkçası bunlar nöbet karşılığı değil.

Bunu biz asistan için bir kaynak olarak düşündük. Fakat asistanların genel sorunlarının içinde biz ödenecek miktardan ziyade, eğitimi üzerinde duruyoruz. Eskiden asistanlar usta çırak ilişkisi içinde eğitilirdi. Halâ bir çok fakülte sağlık müesseselerinde bu böyledir.

TOB : Ne gibi yenilikler getiriyorsunuz?

EKMEN : Bu çok komplike bir program. Esasta muayyen branşlarda rotasyonu öngörüyor. Bu programın esası mezuniyet sonrası eğitim kurslarının açılması şeklidir. Yani yalnızca hocasından hasta başında veya seminerlerle eğitim yerine, asistanların devamında zorunlu olduğu kurslar açarak, yapılacak bir eğitim sonucu zorunlu imtihanlardan sonra daha iyi yetişecekler.....

TOB : Sayın Ekmen benim Çapa ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlarıyla yapmış olduğum görüşmelerde aynı şeyden şikâyet ediliyor. Efendim işte biz asistanlara fazla mesailerinin karşılığını vermek isteriz. Ama görüyorsunuz mevzuat müsait değil demektedirler. Siz de mevzuatın müsait olmadığını söylemektesiniz. Bu haksız durumun sürmesine gerekçe olan mevzuat acaba nasıl düzeltilir? Ne yapmak gerek, bu anayasa dışı uygulamanın anayasa sınırları içerisine sokulması için?

EKMEN : Ben kimsenin hakkını yemek istemem. Hele angarya yapmayı hiç istemem. Ben de asistanlık yaptım, yirmibeş sene evvel... O zamandan beri asistan olarak yaptığım nöbetlerin karşılığını alamamak içimde bir ukdedir... Ama o zaman sesimizi duyuramazdık...

Tabip Odası konuda takip edebileceğimiz noktayı bize gösterebilirse ben de çalışayım. Şimdiye kadar bu hususta bir müracaat olmadığı için ben çalışmadım... Eski dekanlar da bu şekilde yürütmüşler. Açıkça söyleyeyim bu bakımdan ben konuya eğilmemiştım... Sizin bu teşebbüsünüzü bütün Türk asistanları için kabul ediyorum. Elimden ne gelirse elbette yapmak isterim. Ama nereden bulacağız o açık noktayı? Döner sermaye yönetmeliğinde yok maalesef...

Belki bir yönetmelik değişikliği yapılarak halledilebilir. Meselâ döner sermaye hastalarına yapmış oldukları bakım katkısından dolayı saat başına şu kadar ücret ödenir diye yönetmelikte bir değişiklik yapılır. Maliye de zannederim kabul eder artık..

Yönetmelikleri fakülte kurulları yapar, üniversite senatoları tetkik ve kabul eder, sonra da resmi gazetede yayınlanır. Fakat döner sermaye yönetmeliği için, TBMM Üniversiteler Kanununda bir madde koymuş — 74. cü maddede yalnız döner sermaye yönetmeliği için, Maliye Bakanlığının olumlu mütalâası alındıktan sonra, sayıştayda müzakere edilir, ondan sonra yönetmelik Resmi Gazetede yayınlanır der. Esasında anayasaya aykırı maddenin değişmesi lâzım. Biz müracaat ettik. Üniversiteler arası kurul nezdinde teşebbüse geçtik.

TOB : Sayın Ekmen bence dönerden yapılan ödemeler dönere katkısından dolayı veriliyor asistana. Ama fazla mesai karşılığı olarak değil.

EKMEN : Bir yerde öyle. Adaletsizlikte karşımıza şu çıkıyor. 19.2.1975 tarihli kararname. Burada hizmetin sürekliliği icabeden hallerde, fazla

mesai ücreti verilmez diyor. Peki ama devlet memuru sayılan bu kişilere çalışma süreleri kırk saati aştığı zaman angarya yaptırıyormuşuz. Bunun karşılığı nedir? dediğimizde verdikleri cevap ertesi gün izin ver oluyor.

Nitekim bu bizim 1969'da çıkmış yönetmeliğe nasıl girmişse girmiş. «Gerek nöbetçi hekime gerek nöbetçi amirine mecbur kalmadıkça ertesi gün görev verilmez» diye. Almanya'da ve İngiltere'de bilirim fazla mesaiye hemde çok iyi para verilir.

Vallahi ben Tabibler Odası böyle bir teşebbüse girişirse kendilerini sonuna kadar desteklerim. Belli bir ağırlığı olan Tıp Fakültesinin Maliye Bakanlığı ve TBMM nezdinde yapacağı girişimlerde sizin yanınızda oluruz.. Bütün hekimleri ilgilendirdiği ve haklı olduğu için sizin girişimlerinizi canı yürekten destekleriz.

... Bizim dönerden verdiğimiz para nöbeti içermiyor, ama hiç olmazsa verdiğimiz için personel sıkıntısını bir ölçüde giderdik. Örneğin: 100 hemşire açığımız vardı, şimdi doldu. Laborantlara iyi para ödeyebiliyoruz, hastabakıcılar bir sorun oldu. Sayıştay hastabakıcılara veremezsin dedi. Çünkü burada özel bir eğitimden geçmesi icap eder dediler. Bunun üzerine 1000 hastabakıcıya bir yaz kursu açtık. Böylelikle onları da eğitmiş olduk. O zaman karşıma kaloriferci çıktı. Ben de hastaneyi ısıtıyorum. Ben olmazsam, hastalar soğuktan mağdur olur dedi, elektrikçi ha keza... Onlar için 657'ye göre fazla mesai programını yaptık. Maliye Bakanlığı da verdi.

Asistanların fazla mesai sorunu, sağlık sorunları içinde oldukça tali... Tabiblerin sorunları var, memleketin tabiblerden beklediği şeyler var. Bunların bütünlüğü içinde memleketin sağlık sorunu var... Bu konular üzerinde Tabip Odaları ve Tıp Fakülteleri olarak ciddiyetle durmak, araştırma yapmak lâzım.

Memleketin 20.000 civarında bir hekim açığı var. Yeni mezunlar bu açığı karşılamıyor. Ben dekan olduktan sonra bir araştırma yaptım. Sonunda fakültemizde gerekli bazı mali durumu ayarlayabilecek olursak, daha çok öğrenci yetiştirebileceğimizi kabul ettik. Bu yıl fakültemiz kontenjanını muhtemelen 500'e çıkaracağız.

Bazı şartlar lâzım tabii. Sorun klinik öncesi öğretim üyesi ile asistan kadrosunun çok dar oluşu... Bu yüzden ancak ikili eğitim yapmak suretiyle olacak.. Asistan ve öğretim üyelerine girmiş oldukları ders başına ücretleri ödenecek. Bunu bu yıl bütçeden geçirttim ben. Yeni kadrolar alıyorum... Klinik öncesi öğretim üyesi yetiştirmek şart. Bir anatomi asistanına, cerrahi asistanı kadar para verebilmeliyim ki gelsin çalışsın.. Biz bunun için fazla mesai ve nöbet parası vermeye razıyız. Çünkü burada sorun klinik öncesi öğretim üyesi yetiştirmek.. Ki bu da bir nevi ülkenin hekim açığını kapatmak için bir yatırımdır.

Bir Tıp Fakültesi mezununun Maliye Bakanlığının yapmış olduğu hesaplamalara göre maliyeti 1 milyon lira. Böyle olunca bu kişi ülkesine bir hizmet yapmak zorunda bence. Ama Ankara, İstanbul, İzmir'de değil..

TOB : Evet sayın Ekmen, bu üç büyük şehrimizde toplam doktor sayısının yaklaşık olarak % 65'i bulunmaktadır..

EKMEN : Evet, yani Anadolu'da hizmet yapması lâzım. Hem anadoluyu tanır, hem de ihtiyaca cevap verir. Çünkü gerçekten ihtiyaç var. Ama sürekli orada tutmak mı lâzım? Hayır.. Dış memleketlere göçün önüne geçmek lâzım... İşte Tabibler Odasının bunları benimsemesi lâzım...

Hacettepe Tıp Fakültesi

Dekanı Prof. Dr.

Neşet AYTAN

AYTAN : Benim fikirlerim belki, sizce bazı hususlarda yadırganacaktır ama hekimliğin her şeyden önce, fedakârlıklarla beraber yürüyen bir meslek olduğu kanısındayım. Bu bakımdan konuyu çok sıkı hudutlarla sizin belirttiğiniz hususlarda bir işçi mücadelesi gibi, bir toplu sözleşme araması gibi mütalâa edemiyorum. Şunun için mütalâa edemiyorum, ben doktorluğu saatle mukayyet bir husus olarak göremiyorum. Doktorların yaptığı hizmetlerin saatle günle, ayla ölçülebileceği kanısında değilim. Doktorların yapmış olduğu hizmeti bu tip şeylerin üstünde çok değerli, çok anlamlı, ve hekimleri geceleri evinde, rüyasında, çıktığı bir seyahatte de meşgul eden bir mesai olarak görüyorum.

Haklısınız birçok meslek te öyle ama hekimlik, ayrıca günlük mesai dışında, yaptığı okumayla, yaptığı çalışmayla, yaptığı araştırmayla da hizmet gören bir meslek...

Üniversitelerde 1750 sayılı üniversiteler kanununun uygun maddeleri mucibince, asistanların yaptıkları düşünülen ilâve fonksiyonlar ki nöbet te bunun içerisinde, döner sermayeden karşılanmaya çalışılmaktadır. Bu yeterlidir, yetersizdir o ayrı mesele. Ama demek ki asistanların yaptıkları ilâve hizmetin bir tazminat ve onunda üzerinde bir primle karşılanabilmesi kanunda öngörülmüştür. Bu üniversitelerde yapılmaktadır. Teker teker diğer üniversitelerdeki durumu bilmiyorum. Madalyonun öbür yüzü, bazı yerde daha az bazı yerde daha fazla veriliyor olabilir. Evet, bu yeterli değildir. Öte yandan mütahassıs doktor için yeterli midir? Öğretim üyesi için yeterli midir? Gece bir asistanı tarafından vak'aya çağırılıp ta iki buçuk saat bir beyin ameliyatı yapan profesör için yeterli midir? Hoca ile asistanı niçin ayıralım? Onun için ben mümkün olduğu kadar asistan ayırımının içerisinde girmemeye çalışıyorum. Anladığıma göre siz daha ziyade asistanların sorunlarını ele alıyorsunuz.

TOB : Efendim bir kere onlar mağdur durumdalar. Mağduriyetleri iki kere ikinin dört etmesi gibi ortada... Ki bunu dergimiz okuyucularının yadsıyacağı gibi, siyasi parti sözcüleri ve görüşmüş olduğumuz diğer sayın Tıp Fakültesi Dekanları da kabul etmektedirler.. Siz asistanlara dönerden pay veriyoruz diyorsunuz. Ama bazı yerlerde böyle bir formül bulunmuyor. Aynı yıl mezun aynı ihtisası değişik hastanelerde yapan asistanlar değişik ücret almaktadırlar. Üstelik bir de yapmaları zorunlu kılınan fazla mesailerin karşılığını alamamaktadırlar.. Herhalde onların gayet haklı olan bu sorunları karşısında, tabip odasının sorunun üzerine eğilmesinden doğal bir şey olamaz...

AYTAN : Yanlış anlaşılmasın, bütün hekimlerin dolayısıyla asistanların da daha iyi koşullar altında çalışması, gerek kendi sağlıkları açısından, gerekse maddi olanaklar temin etme açısından, daha iyi koşullar al-

tında olmasını canı yürekten diliyorum. Bunun için biraz evvel bahsettiğim getirilmiş bazı şeyler eksik kalıyorsa, bunu arttırıcı tedbirlere gidilmelidir. Ancak benim bu biraz şahsi görüşüm oluyor, inancım oluyor, benim hekimliği parçalayıp bunun içerisinden sadece bir gurubunu alıp, bu gurubu aldıktan sonra rakamlara dönüştürüp iki saat fazla çalışırsa şu kadar, altı saat fazla çalışırsa bunun üç misli gibi bir gidişi hekimliği zedeleyici buluyorum. Hekimlik gibi devamlılık isteyen bir fonksiyonu saat başı hesaplara dökmeyelim. Saat başına kuruş yaklaşımını, hekimliğin ulviliği içerisine sığdırmakta ben zorluk çekiyorum. Bu yanlış olabilir. İleri geri ne cins denirse, bir görüş denebilir. Ama bu arada özellikle asistanların yaşantılarını daha tatminkâr bir düzeye çıkartacak genel prensiplere yönelik çalışmalar yapılmasını doğru buluyorum... Hayır işçiliği kötü gördüğüm için söylemiyorum, yanlış anlaşılmasın ama hekimliği bir nevi saat başı işçilik telâkki ediyoruz. Ben buna itiraz ediyorum. Evet bin'se, iki bin olsun. İki bin'se, dört bin olsun, asistanlar daha çok çalışıyorlarsa onların nispeti daha fazla olsun, uzmanlar daha fazla çalışıyorlarsa onların nispeti daha fazla olsun. Ama saat başına olmasın. Haftada saat başına, ayda gün başına olmasın, baktığı hasta sayısı karşılığı, yaptığı ameliyat karşılığı olmasın...

Şimdi şu var. Üniversitelerde ki bilhassa temel bilimler hocalarının durumunu bugün ele alalım. Biraz üstünde duralım, biraz propaganda yapalım, aktüel konu bu olur ve gayet haklı bir aktüel konu olur. Çünkü, hakikaten üniversitelerimizde sıkıntı çeken guruplardan bir tanesi de temel bilimlere mensup öğretim üyeleridir...

TOB : Sayın Aytan, asistanlara yaptırılan hizmetin karakteri angarya niteliğinde ise bu çağ dışıdır.. Anayasa dışıdır.. Ve aktüel bir konudur..

AYTAN : Gene affedersiniz ben gene hekimlikte angarya deyiminin kullanılmasına da taraftar değilim. Hekimlik hasta hizmetine yönelik bir meslek ise, bir hastanın kanını bir yerden bir yere müstahdem değil de hekim taşıyorsa, o anda öyle gerekiyorsa, o anda acele var ise ben bunu angarya telâkki etmiyorum. Çünkü asistanlığa müracaat etmeyi, o kadronun getirdiği maddi olanaklar içerisinde çalışmak, diye düşünüyorum. Önceden yapıldığı bilinen bir şeyi kabul edip giriliyor asistanlığa, ondan sonra bu angaryadır deniliyorsa burada bir çelişki ortaya çıkıyor. Ben hekimlikte angarya kabul etmiyorum.. Bir hastası kanama yapan bir hekim, nöbetçi olmasa dahi onun başında kalacaktır. Burada mesleğe bakış açısı rol oynuyor...

Nihayet bir konuyu fazla aktüel hale getirirseniz, fazla baskı unsurları yaratabilirseniz, o konuyu halledebilecek bir çare çıkabilir ortaya ama çıktığı zaman ana sorun içerisinde aktüel hale getirilmiş, itelenmiş sadece bir problem halledilmiş olur.

TOB : Bakınız parça bizi bütüne götürüyor. Şu kısacık sohbetimiz de oraya geldik. Asıl sorun, asistanların nöbet paralarının karşılığının verilmesi değil, asıl sorun halkımıza sağlık hizmetlerini götürmek, götürürken de bir araç durumunda olan sağlık personelinin, çalışmalarını mesleklerinin ulviliği içerisinde verebilmeleri için, onları maddi açıdan tatmin etmek... O halde Sağlık Sorunlarımızın temelden çözümü için ne yapmak gerekir? Yurdumuzun büyük bir fakültesinin dekanı olarak, acaba sizin görüşünüz nedir?

AYTAN : Ben Türkiye'de hadiselerin sadece küçük parçalarını almakla yararlı değil zararlı olacağımız kanısındayım. O halde milli bir dava olarak ele almak günün ister iktisadi, ister siyasal, ister başkasal herneyse koşullarına tabi olmaktan kurtarmak, aklın mantığının, bilimin ve mesleğin gerektirdiği şekilde bir birleşme içerisinde, Türkiye'nin sağlık sorunlarına, bir nesil içerisinde nasıl halledebiliriz diye eğilmek ki, bu zaman dahi yetersiz kalabilir ben bu kanıdayım.. Ama dediğiniz gibi diğer ülkelerden oldukça geri olduğumuz için, bir yerden de başlamak lâzım. Ama nereden başlamak lâzım.

Başlanacak yer, biraz evvel söylediğim günün koşullarından, baskı guruplarının etkilerinden kurtulmuş, ana prensipleri teşekkül ettirmek lâzım. (!) Bir kere en ihmal edilmiş bir husustan en önce başlamak lâzım. O da nedir? Koruyucu hekimlik. Bunu getirmek lâzım. Bu da çok geniş çaplı bir gayreti öngörüyor.

Bizim Hacettepe Tıp Fakültesi ile Sağlık Bakanlığının ortaklaşa olarak Ankara'da yürüttüğümüz sosyalizasyon uygulamasının çok olumlu neticelerini görüyoruz... Ben çok detayına girmedim, ama bana sosyalizasyon bölgelerinde çalışmış olan arkadaşlarım bazı bölgelerde çok olumlu sonuçlar alındığını söylediler. O halde bu başarıyı ne yaratıyorsa onu memleket sathına yaymak lâzım. Bir yandan bunu yaparken, tedavi kurumlarının da tıbbi hizmet seviyesini modern tıbbın icaplarına uygun bir seviyeye yaygın bir şekilde ulaştıracak tedbirlere başlamak lâzımdır. Türkiye'nin muhtelif bölgelerinde eşdeğer tıbbi merkezler yaratmak lâzım. Hatta gerekiyorsa bazı anormal gözükecek, cezbedici şartlar yaratarak yapmak lâzım. Burada akla tabii şu geliyor. Bir mecburi hizmet, bir zorlama bir rotasyon... Bunlarla problemlerin hallolacağına ben pek inanmıyorum. Kişi istemediği bir yere zorlanarak gittiği takdirde, isteği olmadığı için oradaki hizmeti idealin çok altında kalabilir... O halde hizmetlerin orada yapılmasını cazip hale getirmek gerekir. Bu sadece para mıdır? Emrine araba tahsisi midir? Konak tahsisi midir? Emekliliğinde avantaj temin etmek midir? bunlar tabii çok tartışılacak hususlar... ama genel anlamda cazip...

O halde koruyucu hekimliği yurt sathına yaymak, iyi bir organizasyonla yaymak ve müesseselerin kooperasyonuyla yaymak, bende eksik ne varsa ben tamamlayayım, öbüründe eksik ne varsa ben tamamlayayım. Dediğim gibi bunun çok güzel bir misalini biz Etimesgut'ta vermişizdir. Çubuk'ta vermeye başlamışızdır...

TOB : Sayın Aytan, geri kalmış bir ülke olarak sağlık hizmetlerinde model olarak sosyalizasyonun alınması ve yaygınlaştırılması gerekirken, bu alanda başlamış olan uygulamanın yaygınlaşmasından vazgeçilip yeni bir model getirilmek isteniyor. Bu model, koruyucu hekimliğe ağırlık vermeyen, bilâkis daha pahalı bir yöntem olan tedavi edici hekimlik yönü ağır basan, Genel Sağlık Sigortası... GSS'nin MC Hükümeti çevrelerince bu yıl çıkarılacağı söylenmekte... Bu konuda sizden bir görüş istendi mi? Bu konuda siz ne dersiniz?

AYTAN : Benim bilgime müracaat edilmiş bir durum olmadı. Ben bir kere parantez içinde şunu söylemek istiyorum. Mutlaka katı bir örneği seçmek mecburiyeti var mıdır? Herşeyde, öyle iktisatta, siyasette, eğitimde ve konumuz olan sağlık sorununda...

TOB : Ülkemiz şartlarıyla, çağdaş uygarlık düzeyinin ulaştığı en üst düzeyin karşılaştırılmasının gereksindirdiği.. bir..

AYTAN : Hah ben bunu diyorum. Ülke şartları koruyucu hekimliğe önem verilmesini mutlaka gerektiriyor. Bunda hiç şüphe yok. Ülke şartları aynı zamanda tedavi hekimliğinin ülkeye yayılmasını da gerektiriyor... Bir yol arayalım, sigorta olabilir, başka bir yolda olabilir. Kişileri mutlaka tıbbî hizmetlerin masrafına sıfırdan başlamak üzere katalım...

Şahıs ben sigorta pirimini ödüyorum. O halde giderim muayene olurum, bir daha muayene olurum, giderim ilâç alırım bir daha alırım durumunda olursa, bunun altından kalkmaya imkân yok. SSK'da müşahade edilen hususları biliyorsunuzdur. İlâç suistimali meselesi. İhtiyacından fazla ilâcı kendini hasta göster yazdır... Ondan sonra nokta nokta nokta

O halde öyle bir şekil bulabilmeli ki her ne ise o sistem. Kişi muayene için belki değil ama, bazı tetkiklere ve ilâçlara iştirak ettirilmelidir. Ki lüzumsuz yere hekimin zamanı işgal ediliyor olmasın, lüzumsuz yere laboratuvar tetkiki yapılıyor olmasın, lüzumsuz yere ilâç tüketimi olmasın...

Sosyalizasyondaki hekime sağlık hizmeti ile ilgili olarak bir pirim sistemi teşekkül ettirilebilirse acaba teşvik edici olmaz mı? O hekimin bulunduğu yerde ki fonksiyonundan, maddi desteğini bulmasına yöneltmez mi? Yoksa dışarıda ister kaçak diyelim, ister kaçak olmayan diyelim, ilâve olarak almayı beklediği maddi karşılığı bulunduğu yerde daha fazla hizmet yaparak ve dolayısıyla hakiki ihtiyacı olan vatandaşa hizmet yaparak karşılamak yoluna gidilemez mi?

Sosyalizasyon dendiği zaman ilkeleri bir, iki, üç, dört... budur diyerek katı mı davranmalı, yoksa bu ilkeleri içerisinde sosyalizasyonda çalışacak hekimliği cazip hale getirecek, hastayı sosyalizasyona başvurmaya zorlayacak değil de, teşvik edecek yollar aranamaz mı? Hani sabit şeylerden kaçmakta yarar var gibi geliyor bana...

Genel Sağlık Sigortasında ilkeler iyi tespit edilir de, bu ilkelere uygun işlerse yararlı olabilir. Sosyalizasyon peşin olarak duruyor gene... Zaten bizim cemiyette bugün problemimiz ne? Kişi. Sistem ne olursa olsun kişi. o sistemi kötü yönde uygulamaya zorlarsa, kişi o sistemi kötü yönde yürütmeye zorlarsa siz en iyi sistemi kurun sonuç alamazsınız...

TOB : Sayın Aytan burada size katılmak mümkün değil. Bir yerde sistem kişiyi iteliyor suistimale, rüşvete, haksız kazanca... Sistemin açık taraftarı çok... Üstelik baştan kokmuş... Bence sistem iyi konulduktan sonra, kişiyi kontrol etme imkânı daha fazla...

AYTAN : Bir şeyin çalışışını görmeden fazla bir şey söylemeye pek imkân yok. Başka yerlerdeki tatbikatlarla da mukayese etmek her zaman doğru sonuçlar vermiyor...

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Dekanı Cud'i DEMİROĞLU

DEMİROĞLU : Üniversiteler Kanunu hazırlanırken, Tıp Fakültelerinin bilhassa Sağlık Bakanlığının verdiği haklardan istifade etmesi hakkında bir kanun maddesinin ilâvesini teklif etmiştim. Fakat maalesef kabul edilmedi. Ortada haksız bir ayrıcalık var. Sağlık Bakanlığı nöbet tazminatı verir, SSK verir biz veremeyiz. Ben bunu bir de dönerden ödeme yoluna gittim.

Fakat maalesef döner sermaye yönetmeliği de, ancak dönere katkı payı olursa para ödenebileceğini öngörmüş. Onun için dönerden de maalesef asistanlarımızı faydalandıramadık. Gene de öngörürüm. Bilhassa belirtmek isterim; asistanlarımızın yanında memurlarımız ve diğer personelimiz de fazla mesai yapmaktadırlar. Bu fazla mesai karşılıklarını biz mevcut kanunlar çerçevesinde ödeyememekteyiz.

Bir asistan haftada en az iki gün nöbet tutmaktadır. Bu kırk sekiz saat eder. Artık asistanı biz, bir saat dahi çalıştıramayız. Bilâkis iki gün nöbet tutan asistanın fazla mesaisini ödemek zorundayız. Ama kanunlar bize bunu ödetmiyor. Asistan bir eğitime tabi tutulduğu için çalışmak zorunluluğunu hissedip, fedakârane çalışıyorlar. Kendilerine müteşekkirimiz, ama kanunsuz bir iş yaptığımıza kaniyim. Asistanlarımıza da saygılıyım. Bu ek mesaiyi bizden istiyorlar ama veremediğimizi de görerek kabul ediyorlar ve çalışmalarını aksatmıyorlar.

TOB : Sayın Demiroğlu, bu yoğun çalışma düzenini doktorların sağlığı yönünden sıhhi ve insancıl buluyor musunuz?

DEMİROĞLU : Fazla çalışma tabii herkes için zararlı. Gelişmekte olan bir ülkeyiz. Kıt olan beyin gücü kapasitemizi bir yerde sağlığımıza zararlı olsa da fazla çalıştırmak zorundayız. Demin de dediğim gibi, çalışanlarımızı maddi yönden tatmin etmeye çalışacağız, ama kanunlar bizi bağlıyor.

TOB : Bu durumda asistanların haklarını aramaları ve seslerini duyurmaları yönünde onların sıkıntılarını bilen, anlayan bir yönetici olarak ne yapmalarını salık verirsiniz?

DEMİROĞLU : Bizim asistan temsilcimiz bana geldi, bu konuda Danıştaya gideceğiz. Siz üzülürmüsünüz dedi. Hayır dedim. Haklı gördüm. Gidiniz dedim.

Çünkü bir müessese ki meselâ Sağlık Bakanlığı, diğer bir müessese SSK nöbet tazminatı veriyor. Biz üniversite olarak veremiyoruz. Gayet haklıdır asistanlarımız. Mevzuat müsait olsa, ödenek verilse...

TOB : Bu yıl bütçede bu konuda bir değişiklik var mı?

DEMİROĞLU : Bu seneki bütçeye fazla mesai için para koymak istedik. Yalnız asistanlar için değil diğer personel için de istedik, fakat maliye komisyonlarında kabul edilmedi. Tabii bir doktor olarak mali konulara fazla aklımız ermediği için, niçin itiraz edildiğini kavrayamadık.

Onu alsaydık belki fazla mesai parasını ve asistanlarımıza da nöbet tazminatı verebilecektik.

TOB : Sayın Demiroğlu, biliyorsunuz son zamanların aktüel bir sorunu da Meyak Kesintileri...

DEMİROĞLU : Paramızı kesiyorlar, karşılığını vermiyorlar. Kanunu çıkmamış. Biz de müracaat ettik. Kanun çıkınca alacağız diye cevap aldık. Çıkmayacaksz kesintilerin durdurulması falan diye, asistanlarımız da müracaat ettiler, biz de ettik olumlu bir sonuç yok. Kanun çıkacak diye cevap geldi.

Meselâ tasarruf bonoları çıktığı zaman gayet güzeldi. Halkı tasarruflarla yatırımlara iştirak ettirecekti. Fakat öyle olmadı. Bir nevi vergi haline geldi ve kalktı. Meyak konusunda bu duruma düşülmemelidir. Yazık olur. Memur kendisinden kesilen paranın müspet yönde işletildiğini görse, memnun olur ama elinden kesilip de hiçbir şey yapılmadığını görürse gayet tabii reaksiyonlar olacaktır.

TOB : Sayın Demiroğlu, dergimizin geçmiş sayılarında gördüğünüz gibi sağlık sorunlarımız konusunda siyasî partilerle, ilgili kişi ve kuruluşlarla röportajlarımız oldu. Acaba siz sordüğümüz soruları nasıl yanıtlarsınız? Kısaca şöyle sorayım. Sağlık sorunlarımızın çözümünde geçmişin ve şu anın eleştirisi? Acaba sorunun temelden çözümü için neler yapmak gerekmektedir?

DEMİROĞLU : Türkiye fakir bir memlekettir. Sağlık bugün büyük para isteyen bir iştir. Mutlaka sosyalizasyon gereklidir. Çünkü, bugün bir özel hekime gittiğin zaman vizite ücreti, ilâç parası toplarsanız hepsi 300-400 TL. tutar. Kolay kolay her vatandaş ödeyecek durumda değildir. Sosyalizasyon mutlaka şarttır...

TOB : Sayın Demiroğlu, sağlık sorunlarının çözümü için yöntem olarak Genel Sağlık Sigortası önerisi var. Sizce Genel Sağlık Sigortasının sağlık sorunlarının çözümünde olumlu bir işlevi olacak mıdır?

DEMİROĞLU : Sosyalizasyon dediğim zaman Genel Sağlık Sigortasını kastedtim. Ancak böyle olabilir. Sağlık müesseselerini beslemezseniz, onlara mali kaynaklar göstermezseniz, onlar da çalışamaz hale gelir. İşte sağlık personelimize fazla çalışmalarının karşılıklarını ödeyemiyoruz. Bugün sağlık müesseseleri içinde en iyi ödemeyi yapan İşçi Sigortalıdır. Görüyoruz ki işçi sigortalı personel sıkıntısı çekmez. Daima kadroları doludur. Çünkü ödemesi iyidir. Onun için sosyalizasyon dediğim zaman sağlık sigortası şarttır. Yoksa devlet bunu üstüne alırsa büyük külfet olur. Bir finansman kaynağı olarak düşünüyorum ben...

TOB : Sayın Demiroğlu, bu yıl meclislerden geçeceği iddia edilen Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısını incelediniz mi?

DEMİROĞLU : Hayır incelemedim. Bilmiyorum tasarıyla ne getiriliyor, uygulaması nasıl olacak. Ama Türkiye Devletinin gelirleri mahduttur. Vergi sistemi bozuktur. Vergileri tam olarak toplayamamaktadır. Devlet halkına sigortayı bedava yapabilir ama Türkiye'de hiç olmazsa bu parayı ödeyecek insandan alır, ödeyemeyecek insana da yardım eder kanısındayım. Sağlık konusu çok önemlidir. Hiç tereddütsüz bir hekim olarak söyleyeyim ki sağlıklı olmayan bir millet hiçbir iş yapamaz. Bunu da tüm olarak

devletin sırtına yüklemek bana pek olumlu görünmüyor. Çünkü hakikaten sağlık problemlerinin sosyalizasyonu için ödenecek primleri ödeyecek birçok vatandaş vardır. Bunlardan alınır, ödeyemeyene de devlet yardım eder.

Bu konuda özet olarak şöyle diyebilirim; Model sosyalizasyon, genel sağlık sigortası ise bir finansman kaynağı olarak, sosyalizasyonun yaygınlaştırılmasında yardımcı olacak bir fonksiyon görmelidir.

TOB : Sayın Demiroğlu derginiz aracılığıyla doktorlara duyurmak istediğiniz herhangi bir şey var mı?

DEMİROĞLU : Meslektaşlarım hakikaten Türkiye'de en mağdur insanlardır. Feragatle çalışırlar. Karşılığını hiçbir zaman alamazlar. Bu aşağı yukarı bütün dünyada böyledir ama bizim memleketimizdeki kadar değildir. Dünyada meslektaşlarımın en zor durumda olduğu bir memleket olarak Türkiye'yi görmekteyim. Çok dolaştım, doktorların diğer memleketlerdeki hayat standartları bizdekinden en aşağı beş defa hatta on defa daha yüksektir.

TOB : Neden böyle acaba?

DEMİROĞLU : Buradaki sorunlar tabii memleketimizin sorunları içine girer ama diğer sorunlarımız yanında biraz da ihmale uğramıştır. Bu konuda biraz da kendi meslektaşlarımı ve kendimi suçlarım. Bir Tabibler Birliğimiz vardır. Onu desteklemeyiz. Hekimler bir çatı altında birleşseler, bir güç olabilirler. Meselâ, işçinin sendikası vardır. Bizim de Tabibler Birliğimiz vardır. İşte biraz evvel konuştuğumuz gibi nöbet sorunumuzu pekâlâ Tabibler Birliği halledebilir. Ama Tabibler Birliğine bu gücü biz hekimler, kendimiz vermiyoruz, birleşmiyoruz bir çatı altında...

Tabibler Birliğinin güçlenmesi ve kendini kabul ettirmesi lâzımdır. Meslektaşlarımı ve kendimi bu soruna davet ederim.

Çapa Tıp Fakültesi Dekanı

Prof. Dr. Güngör ERTEM

TOB : Sayın Ertem doktorların ötedenberi aktüel bir sorunu Nöbet paralarıdır. Doktorlar normal mesaieleri dışındaki hizmetleri için çoğunlukla hiçbir karşılık alamamaktadırlar. Az bir kısmı ise 150-200 TL. gibi gülünç bir ücret almaktadırlar...

ERTEM : Sözlerime başlarken evvelâ söylediğiniz bu tesbiti yapacaktım. Bir defa sorunuza yol açmış mütalâaların doğruluğuna katılıyorum. Yani sigorta mevzuatına tabi olsun, ya da Devlet memurları mevzuatına tabi olsun herhangi bir çalışan kimsenin yasaların belirttiği çalışma süresi dışında kendisinden bir hizmet beklenildiği zaman, tabi olduğu yasa ya bakılmaksızın, şüphesiz önce basit hukuk kuralları gereği, herhalde bu fazla mesainin veya değişik daha yorucu mesainin karşılanması gerekir.

Yukarıda beyan ettiğimiz gibi, hemen hemen bütün iş kollarında tamamen karşılığını öder miktarda olmasa da hiç olmazsa fazla mesai ücretleri ödenerek telâfi edilmektedir. Bu devlet memurları yasasına tabi olanlar için de böyledir. Maliye Bakanlığı bütçe hazırladığı zaman, bankalar bilânçolarını hazırlayacakları zaman mali yılın sonuna doğru gerekli fazla mesaieleri memurlarına yaptırırlar ve bu mesailerin bedelini öderler. Bu mesailer bazan geç saatlere kadar varır ama nadiren hafta tatilini içine alır. Tam karşılıklarını alıp almadıklarını bilemem ama hiç olmazsa belli bir karşılık almaktadırlar.

Halbuki doktorlara ötedenberi adeta fazla mesai yapmaları tabii imişcesine bir ödeme yapma geleneği olmamıştır. Bu bir defa temelden sakattır.

Nöbeti tutan doktorun ödentisi deyince iki kavramı ayırmak lâzımdır. Tebabet yönünden belli bir eğitime tabi olması gereken, uzmanlık eğitimindeki bir kimsenin tuttuğu nöbet karşılığını alması gereği ile bu eğitimini bitirmiş, yaptığı iş doğrudan doğruya bir hizmet götürmek olan bir mütehasssın fazla mesaisi arasında fark vardır.

Uzmanlık öğrencisi olarak, eğitim yapmakta olan kişinin de bir yanda eğitim görüyor olmakla beraber, aynı zamanda kendisinin bu nöbetinden kamı hizmeti bakımından yararlandığımız için, bir an içinde ödenmesi gerekir. Ama uzmanlığını bitirmiş bir kişinin, sadece bu adam mütehasss bilgili kişidir diye değil, öğrenme hiçbir zaman bitmez o da öğreniyordur, ama resmi bir eğitim programını tamamlamış olduğu için farklı ölçüde fazla mesai ödenmesi gerekir.

Fazla mesai süresini hafta içindeki saatlerle ikame etmek yani o süre gündüz çalışmamak bir çare değildir. Gerçekçi bir yaklaşım değildir. Tartışmaya bile gerek görmem...

Asistanların gösterilen görevi yapması, mesai süresini ve bu sürenin hangi saatlerde olacağını kapsamaz. Şüphesiz bir fabrikada, bir imalathanede işveren çalışan bir işçiden, oradaki çalışma saatleri içinde kendisinden yapması beklenebilecek olan görevleri bekler. Bu demek değildir ki, bu çalışma saatlerini aşan sürelerde de yapmakla mükellefdir. Devlet memurları kanununa göre bir haftalık çalışma süresi -ki buna şüphesiz uzmanlık öğrencileri de tabidir- kırk saattir. Bu nöbet ihdasını kapsamaz. Gerçi kapsıyor ama kapsamamalıdır. Şu takdirde kapsamalıdır. Bu kendisinden beklenecek kırk saatin üstündeki hizmet ödeniyorsa o zaman diyebiliriz ki, senin hizmetinin karakteri kırk saatlik günlük mesai saat-

leri içindeki çalışma ile ne eğitimin bakımından, ne de kamu hizmeti bakımından mümkün değil. Senin ellisekiz saat çalışman lâzım, onsekiz saatlik farkını da şu biçimde ödüyoruz. Bunu ödeyince hizmet istemek hakkımızdır...»

Ama kanun 38. ci maddede verilen görevlerden sorumlu tutarken, şüphesiz mesai saatlerini tahdit eder hükümleri saklı tutmuş olmalıdır.

TOB : Efendim mesainin çok uzun sürmesini personelin sağlığı yönünden sıhhi ve insancıl buluyor musunuz?

ERTEM : Ben görev verirken mesainin çok uzun sürmesinin, mesainin gerektirdiği dikkati konsantrasyonu kaybettirdiğine kani olduğum için. uzun nöbet süresinin faydalı olacağına inanmıyorum. Öte yandan sıhhat yönünden de uygun değildir.

TOB : Sayın Ertem bu durumda siz kendi payınıza birşeyler yapmayı düşünüyor musunuz?

ERTEM : Yapmayı düşündük ve girişimde bulunduk. Maliye Bakanlığının fazla mesailerin nasıl düzenleneceğine ilişkin bir tebliği vardı. Belli bir kararnameye yorum getiriyordu. Bu tebliğden yararlanarak asistanlarımıza da fazla mesai ödenmesinin mümkün olduğunu düşündük ve bütçe yasası için Tıp Fakültesi olarak teklif hazırlarken, Maliye Bakanlığından ödenek teklif ettik. Bunun gerekçelerini de açıkladık.

Edindiğimiz izlenime göre, emsal teşkil ederek geniş bir mali ödenek isteyen uygulamanın başlayacağını sandığım bir tutumla kabul etmediler. Bir kuruş koyduramadık bütçeye.

TOB : Bu yılki bütçe için...

ERTEM : 76 Bütçesi için teşebbüsümüz yok. Böyle sonuçlandı.

TOB : Genel Sağlık Sigortası konusunda ne düşünüyorsunuz?

ERTEM : Hükümetçe söylenenler hakkında, basına yansıdığı kadarıyla bilgim var. Tasarının metnini görmüş değilim. Onun için fikrimi ihtiyatlı olarak söylemek isterim.

Siyasî ilgililerin konuya ilişkin verdiği beyanlara bakarak Türkiye'de herkesten belli bir pirim alınması suretiyle, sağlığın sigorta edilmesi için gereken aşamaya vardığımızı kani değilim. Şüphesiz herkesin sağlığının devlet tarafından teminat altına alınması mecburiyeti vardır. Bunun gerçekleştirilmesi için bugün icranın teklif getiriyorum diye ileri sürdüğünü, ben bu amacı samimiyetle karşılayabileceklerini düşündükleri için düzenlenmiş bir teklif gibi görmüyorum. Bilebildiğim kadarıyla bunu başka konularda olduğu gibi, çok geniş bir kitleyi ilgilendiren bir avantaj sağlayacağı izlenimini vermek için, prosüdo sigorta gibi düşünüyorum. Fakülte olarak konuyla ilgili bir görüş tesbiti şansı olmadı. Çünkü böyle bir teklif bize henüz gelmedi.

TOB : Sayın Ertem, bu konu üzerinde odalarımız ısrarla durmaktadır. Şayet bu konu ile ilgili bir görüş belirtirseniz yayın organımızda memnuniyetle yayımlarız. Bu arada dergimiz aracılığıyla okurlarımıza duyurmak istediğiniz herhangi bir şey var mı?

ERTEM : Tabip Odalarının ve onların meydana getirmiş olduğu Merkez Konseyinin bundan beş, altı, belki on yıl öncesine bakarak çok daha aktif olduğunu görmekle beraber, gerek sağlık konularında, gerek sağlık idaresi konularında bir yanda meslektaşlarına bir yanda da icrada bulunanlara daha etkili olacak bir şekilde çalışmalarının faydalı olacağını düşündüğümü söyleyebilirim.

Eskisine nazaran Tabip Odaları çok daha faal. 8-10 sene evvel varlıkları ancak aidat alamadıkları konusundaki şikâyetleriyle belli oluyordu. Şimdi giderek artan etkinliklerinin, gerçekten bir eksikliğe cevap verdiğini düşündüğüm için, bir an evvel daha etkin olmalarını arzu ettiğimi söyleyebilirim.

Öteki yüzü

Burada bir çok doktorun tavrını kınamışsınız. Burada sağlık işlerimizin içinde bulunduğu kargaşa nedeni ile doktorları halkın sağlığına sahip çıkmağa çağırmışsınız. Ve burada hekim adına hiç bir şey istemeden, hekimlerden halkımızın sağlığına koşmalarını istemişsinizdir.

Ve biz hiç çekinmeden halk sağlığına ters düşen bir hekimin ya da kurumun «teşhir işini» üzerimize aldığımızda Bab-ı Âli başının sevgili kalemsörleri bir kişinin davranışını, bir kurumun hatasını genelleştirip tüm hekimlere saldırmayı görev bildiler. Onların dilinde yurt dışına giden hekim vatan haini oldu. Onlara göre her hekim milyonlar kazandı. Onlar hekimi salt para kazanan kişi olarak gördüler ve verilen sağlık hizmetini hiçe saydılar.

Biz mesleğimizin içinde, her meslekte olduğu gibi bulunacak yanlış davranıştaki kişileri uyarmak isterken onlar tüm mesleği karşılarına aldılar. Halkla hekimlik mesleğinin diyalogunu kopardılar.

Sonunda hekimliği öyle bir yere getirdiler ki, Türkiye’de hekimlik yapmak yürek işi oldu artık. Her yönü ile yürek işi. Çalışma süresi ile, nöbeti ile, güvenceden yoksunluğu ile, akçesiyle.

Bilir mi şimdi, parlamentoda hekimlerin tam gün çalışma ödentileri ile ilgili yasa teklifini görüşen saygı değer milletvekilleri geçen hafta bir genç hekimin görevi başında ölüp gittiğini?

Tam gün çalışma ödentilerinin pazarlığını yapan sayın parlamenterlerimiz geçen hafta Ankara Tıp Fakültesi Ortopedi Asistanı Dr. Murat Oflaz’ın bir hafta süren nöbeti sırasında düşüp kaldığını ve çok genç yaşta hayata gözlerini kapadığını bilirler mi?

Bilirler mi ki, Oflaz’ın sarılığın prodromal safhasını bir hafta süre ile ameliyatlara girerek, uyumadan, yatmadan geçirdiğini?

Bilirler mi, ameliyata giren o genç asistan sarılık için ölüm demek olan toksik maddeleri kokladı, saatlerce ayakta durdu ve işte salt bu nedenle öldü gitti.

Bilirler mi tüm ilgililer, ilgisizler Ankara Tıp Fakültesinde nö

betler bir hafta, Gülhane Askeri Tıp Akademisinde ise bir ay süre ile tutulmaktadır. Ve bir asistan işte Dr. Oflaz gibi hasta da olsa, ölse de o nöbetlerden çıkamaz.

Bilmezler elbette. Bilmez o bizi temsil eden yöneticilerimiz, o kalemlerinden zehir akan kalemşörlerimiz. Onlar için büyük kentlerin, büyük yapılarında adı belli, sanı belli üç dört mesleğine ihanet etmiş kişi ile mesleği için hayatını veren Oflar'dan hiç farkı yoktur.

Onun içindir ki ha babam saldırırlar. Onun içindir ki bu devlet hekimine iş riski bile vermez. İşinde risk görmez, güçlük görmez, sırada adam olarak kabul eder hekimini.

Kim söz etti Dr. Oflaz'dan. Hiç kimse! Bilinir mi ki, o daha 25 yaşında idi ve kırk günlük çocuğu vardı! Bilinir mi ki, O bir hekim olarak sarılık olacağına, bir sıradan vatandaş olsa idi yaşayacaktı!

Bilinmez bunlar, bilinmez de, küfür etmeğe geldi mi, hekime koro halinde saldırılır.

Eleştirmek mi? Hep birlikte yaparız bu işi. Ama bir hakkın teslimini de, birlikte yapalım ve kabul edelim ki Dr. Oflaz'ı hekimlik öldürdü.

Haydi bakalım, cümle alem! Alın kalemi elinize de iki çift söz edin görelim, bu mesleğinin yüz akı doktor için.

Hava kurşun gibi ağır

Hıncahınç bir kenar mahalle

Üstünde aylar sultanı

Ağustos günlerinden

Kıvrır kıvrır bir hale.

Namus sözünden çember

Duramaz olmuş yerinde

Öfkemizden döne döne yanar.

Burası «BAZİLİKA» sokağı

Bir okulun sokağa bakan yüzü

Kurşunlardan böyle çiçek bozuğu.

Kala kala bunlar kaldı.

Çiçekten yana

Açmış divarları üzerinde felaketin

Bulanıp insan teninin beyazlığına.

Bazilika sokağının göbeğinde

Divarlar bizden yana olmuş

Yediveren bir damga

üzerlerinde

Hürriyet aşkıyle oyulmuş

— Eluard —

Şu Bazilika sokağında kurşunlardan delik deşik olup çiçek bozuğuna dönen divara bakınız. Ya Ankara ya İstanbul ya da diğer illerimizden bir fakültenin, ya bir öğrenci yurdunun ya da hakkını aramaya kalkan işçilerin greve girdiği bir fabrikanın divarıdır burası. Bizim evlerimizin, bizim sokaklarımızın divarıdır. Şu kurşun izlerinden çiçek bozuğuna dönen divarlar, hürriyet aşkıyle oyulmuş divarlar insan etinin o temiz beyazlığına bulanmış.

Radyonuzu açınız : «Burası Ankara, İstanbul, İzmir, Erzurum. Çukurova radyosu.» Gazeteleri okuyunuz, her kentte gençlerin kanna bulanmış kurşunların ak divarlarında kan izleri.. Bizim gençlerimizin..

Taa 1789'larda insan özgürlüğünün yürekli kahramanları adına bir yüreklinin seslenişini dinleyelim :

«— Kafaları kızıştırmanın zamanı değil, diyorsunuz, bir hükümetimiz var, ona yürümesi için zaman vermeli»; Biz de diyoruz ki, «Halkın beklemeye gücü yok.» Diyoruz ki onlara: «Bu durum artık süremez. Yetkililerin elinden bir şey gelmiyorsa, bu yolları araştırmak ve onları göstermek hakkımızdır diyoruz.»

Sonra kalkıp iç savaştan söz ediyorsunuz.. Sanki iç savaş yokmuş gibi.. Ve bu, savaşların en insafsızı değilmiş gibi!. Hele bir tarafın tepeden tırnağa silâhlı, öbür tarafın ise korunmadan yoksun oldukları bir zamanda.. Buna rağmen sizler savaş istemiyorsunuz. Oysa vatandaş, sabahleyin kalkar kalkmaz pantolonunu gömleğini, ceketini mi yoksa yorganını mı satacağını bilemezse, ne yapar?

Bu soruya cevap aramanın artık zamanıdır

Özgürlük yoluna girmezsen

Bu yolda koşmazsan var gücünle

Yakamazsan yüzünü kanıyla yüreğinin,

Yarın avucunu yalarsın.

Er dediğin kendini bilmedi mi,

Cayır cayır yanmadı mı

Yürek dediğin,

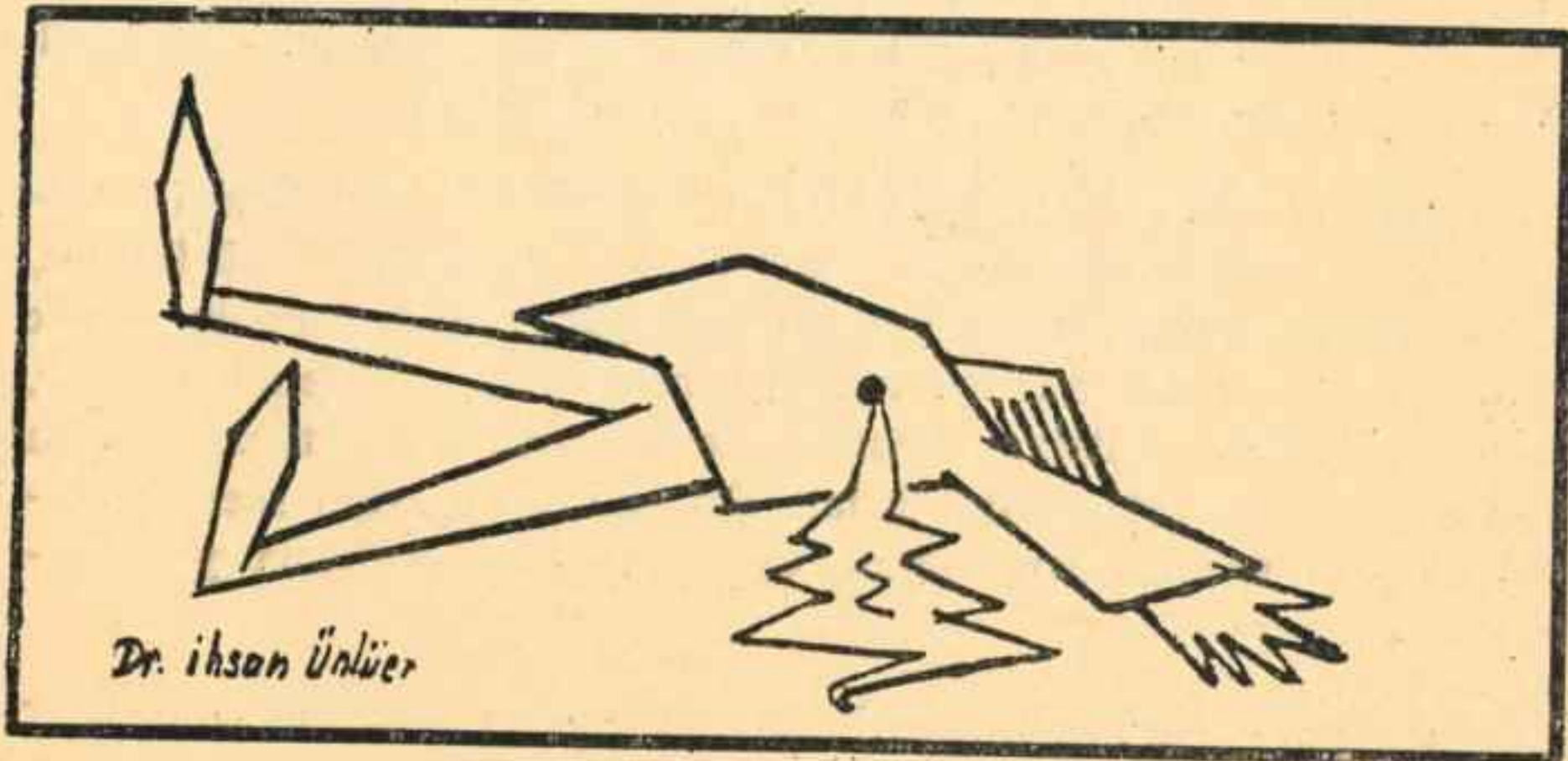
Haydi öyleyse uğurlar olsun...

— Ömer Hayyam —

Gerçek Hekime ne görev düşüyor bugün

Akan kanı durdurmak «Hemostaz»

Ya kan dökenlere karşı savaş?



Yerimiz nedir?

Dr. Ahmet KARAMAN

Bugünkü toplumumuzda, yersiz yurtsuz hekim yoktur sanırım. Hekimin de yersiz olormuş? Bu ne biçim söz? Çok şükür hepimizin başını sokacağı bir evi, aşını pişireceği bir ocağı var. Anlaşılan bir başka yeri kastettiğim belli oldu. Bu yer, ne oynamak için bahane arıyanların «yerim dar da...» dedikleri yer, ne de makam koltuğudur kuşkusuz. Bu tür yerlerin, çoğu kez kişilikten fedakarlığı gerektirdiğini iyi bildiğimiz için, konu edilmesini de istiyoruz.

Aslında aydınlar, homojen bir kitle oluşturmazlar. Ancak, gerçek aydının tarihin gelişimi içinde belirli bir yeri vardır. O, mutluluğunu toplumun mutluluğunda arıyan kişidir. Eğitilirken ya da kendini yetiştirirken, kafa yapısı öyle oluşmuştur. Kişisel çıkarları, büyük de olsa, onu mutlu etmez. Öyle ise hekimlerin de aydın olmaları gerektiğini varsayarsak, aydınların yerini belirlemeye çalışabiliriz:

Eskiden doktor, avukat gibi yüksek öğrenimden geçmiş olan kişiler, esnaflarinkine benzer bir ekonomik konum içindeydiler. Şimdi mesleklerini esnafça yürütür biçimleri tehlikeye düşmek üzeredir. Bunun sonucu, serbest meslek sahiplerinin, ücretli ya da maaşlı çalışmaya kaymasıyla, aydın esnaflığında azalma olacaktır. Yani, aydın katmanların da nicelik ve nitelik olarak bir değişim olmaktadır, olacaktır. Ayrıca, artık her konuda olduğu gibi, tıp biliminde de, tek başına bir bilimsel çalışma yapmanın olanağı kalkmak üzeredir. Çünkü, gelişen bilim, bilgi birikimini, kolektif çalışmalarla değerlendirmemizi zorunlu kılmaktadır.

Çağımız üretim güçlerinin değer kazandığı bir dönem yaşıyor. Hekimin doğrudan üretici olması olanak dışıdır. Çünkü üretim, sonuç olarak, maddi şeyler yaratan bir iştir. Ancak üretken olmak için elini doğrudan işe değdirmek gerekmiyor. Öğretim, kültür, sağlık gibi önemi gittikçe artan yerlerde, ücretli aydınlar, emeğin üretken gücünü arttırmaktadırlar. Bu bakımdan, yani meslek olarak esnafça çalışmanın dışında, sağlıkçıları işçi sınıfına yaklaştırebiliriz.

Aydın kişi, aydınlığı oranında devrimcidir ve emekçi sınıftandır. Sözle devrimci halkçı, emekçi ve aydın olunamaz. Bilimsel olarak bizim yerimiz nerededir dersiniz?

Genel Sağlık Sigortası

İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu

Uzun süredir T.B.M.M.'nde görüşülerek yasalaştırılacağı söylenen Genel Sağlık Sigortası yasa tasarısına göre; SSK, Silahlı Kuvvetler üyeleri ve hükümlüler dışındaki fertlerin tümü bu sigortanın kapsamına girecektir.

Yasa tasarısına göre; verilecek sağlık yardımlarını Sağlık Bakanı Sayın Dr. Kemal Demir şöyle sıralamıştır:

«Hekim muayenesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine gerekli laboratuvar ve klinik muayeneleri, ayaktan veya yatırılarak tedavilerin sağlanması, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirici araçların verilmesi, analık yardımları, doğumda ve doğum sonrası gerekli sağlık yardımlarının yapılması, ağız protezleri hariç diğer protezler, sigortalının her türlü sağlık, analık ve protez araç ve gereçleriyle ilgili yardımların yapılabilmesi için başka bir yere gönderilmesi üzerine, gerektiğinde refakatçısı da dahil olmak üzere yol masraflarıyla zaruri masraflarının verilmesi, sigortalının ölümü halinde cenaze masraflarının ödenmesi, sigortalıya ayaktan tedavi sırasında verilen reçetelerle alacağı ilaç bedelinin % 75'i kurum tarafından karşılanacak, sigortalı ilaç masrafının % 25'ini verecektir. Ödeme gücü yeterli olmayanlar bu % 25'i de ödemeyeceklerdir.» (1)

Genel Sağlık Sigortası'na üye ise gayri safi gelirinin % 4'ü kadarını prim olarak ödeyecektir.

Sağlık hizmetlerinde olması gereken temel nitelikler

Tasarıda görüldüğü gibi Genel Sağlık Sigortası, yalnızca Sağlık yardımlarını içermektedir. Oysa, Çağdaş Tıp anlayışına göre;

«1° Sağlık Hizmetleri kişiler arasında sosyo-kültürel ve ekonomik durum, politik inanç, ırk, din vb gibi özellikler yönünden ayırım yapılmadan herkese, mümkün olan en iyi şekilde sağlanmalıdır.

2° İnsanlar sağlam ve hasta olarak ayırt edilmeksizin sağlık hizmetlerinden her zaman yararlanabilmelidir.

3° Koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetleri bir arada yürütülmeli, hastalıkların ve kazala-

rın önlenmesiyle ilgili hizmetlere öncelik verilmelidir.

- 4° Erken teşhis, evde ve yatakta tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri koordine çalışacak bir şekilde geliştirilmelidir.» (2)

Sağlık Bakanı Sayın Dr. Kemal Demir yaptığı açıklamada uygulamanın kademeli yapılacağını belirtmiştir. Sağlık hizmetlerinin yeterli yörelerden başlaması, «Herkes mümkün olan en iyi şekilde sağlık hizmeti verilmesi» anlayışına ters düşmektedir. Sigorta uygulaması, sağlık hizmetleri yeterli olan yörelerde oturanlarla, yetersiz olan yörelerde oturanlar arasında sağlık hizmetlerinden farklı yararlanmayı getirecektir.

Tasarıda koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesi ilkesi temelden yıkılmakta, tedavi edici hekimlik hizmeti GSS ile verilirken koruyucu hekimlik S.S.Y.B.'na bırakılmaktadır. Birlikte yürütülmesi gereken hizmetler parçalara ayrılmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetleri

«Bugün ülkemizde S.S.Y.B.'dan ayrı ve bağımsız olarak sağlık hizmeti gören 49 kuruluş vardır. Bu kuruluşların sağlık hizmetlerini yürütme, personel sağlama ve ücret statüleri birbirinden farklıdır.» (3) Türkiye'de sağlık hizmetlerinin ayrı, ayrı ellerle yürütülmesi sürdürülürken, sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması başarılmadan sorunun çözümü beklenemez. «Çeşitli kuruluşların hasta muayene ve tedavisine ne derece katkıda bulunduklarını belirtmek üzere hasta yatak sayısı» Tablo I'de açıklık kazanmaktadır;

TABLO I : 1973 yılına bağlı oldukları kurumlara göre hasta yataklarının dağılımı.

Bağlı oldukları kurum:	Hasta yatağı,	%
S.S.Y.B.	49 429	52.7
Belediyeler	2 329	2.5
Diğer Bakanlıklar, İkt. Devl. Teş. Tıp F.	23 921*	25.5
SSK	13 404	14.2
Dernek, 'azınlık, yabancı ve özel	4 668	5.1
T O P L A M	93 751	100.0

(*) Bu gruptaki hasta yataklarından 15 100'ü M.S.B.'na aittir.

«GSS», SSK ve MSB'na ait olan 28 405 yataktan yararlanamayacaktır. Böylece ülkemizde 406 kişiye bir yatak düşerken, GSS

kapsamına giren ortalama 553 kişiye bir yatak düşecektir. 1969 yılında Yunanistan'da 160, Bulgaristan'da 130, İsveç'te 70 kişiye bir yatak bulunmakta idi. Ülkemizde hasta yatak sayısının azlığı yanında dağılımında da büyük dengesizlik vardır.

TABLO II : Ülkemizde bazı illere ait (1970) bir hasta yatağına düşen kişi sayısı. (4)

	1970 nüfusu	Yatak sayısı	Yatak başına Düşen nüfus
İstanbul	3.019.032	23.134	136
Ankara	2.041.658	10.983	186
İzmir	1.427.173	4.361	327
Adıyaman	303.511	206	1.473
Mardin	453.092	270	1.678
Maras	528.982	300	1.763

Bu dengesizlik GSS'nin sağlık hizmetleri gelişmiş yörelerden başlaması ile daha da artacaktır. Uygulamanın başlaması ile bu illerde müracaat sayısı artacak, yanıtıcı olarak yatak ihtiyacı belirecek, yeni hastahane yapımına geçilecektir. Bu güne kadar üç büyük il lehine işleyen kısır döngünün kaynaklanış nedenlerinden biri budur.

Hasta yataklarının hemen tümünün il merkezlerinde bulunuşu ayrı bir sorundur. Ankara ilinde 10.983 hasta yatağından sadece 609'u, belediye sınırları dışındadır. Halbuki çağdaş tıp anlayışına göre, sağlık hizmetlerinin köyden başlaması, ilçelerde hasta yatakları ile donanan sağlık kuruluşlarının olması gerekir.

Var olan hasta yataklarının 49 ayrı kuruluştaki bulunması, yataklardan % 60 gibi düşük bir oranda yararlanmayı getirmektedir. Yatakların rantabl şekilde kullanılmaması, ileride GSS ve diğer sağlık kuruluşlarının artan bir sorunu olacaktır.

Hekim ve diğer sağlık personeli

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde sağlık ekibinin en önemli ögesi olan hekim ve diğer sağlık personeli yönünden yetersiz bir durumda olduğumuzu görüyoruz.

Ülke	Bir hekime düşen nüfus
TÜRKİYE	(1973) 2.190
Bulgaristan	(1969) 560
Yunanistan	(1969) 670
İsveç	(1969) 800

Yetersiz hekim sayısı, ayrıca dağılımındaki dengesizlik ile önemini bir kat daha artırmaktadır. Hekimlerimizin % 61'inin genel nüfusun % 5'inin yaşadığı İstanbul, Ankara, İzmir il merkezlerinde % 13,4'ünün genel nüfusun % 68'inin yaşadığı ilçe ve köylerde hizmet görmekte olduğunu görüyoruz. İstanbul'da bir hekim başına düşen nüfus 554, Gümüşhane'de 27.873'tür. Başka bir deyişle nüfusu 10.000'den az olan yerlerde 23.063 kişiye bir hekim, nüfusu 100.000'den çok olan bölgelerde 642 kişiye bir hekim düşmektedir. (5)

1971 yılı sonunda sosyalleştirme bölgelerinde mevcut uzman ve pratisyen kadrolarının % 65'i hemşire kadrolarının % 71.1'i hemşire yardımcısı kadrolarının % 20'si, sağlık memuru kadrolarının % 26'sı ebe kadrolarının % 35'i boş idi. (6) 1975 yılında boş kadroların ileri derecede arttığı bilinmektedir.

GSS'nin, sağlık hizmetleri sözde yeterli illerden başlaması ile birlikte hekimlerin ve diğer sağlık personelinin büyük illerde toplanması, var olan dengesiz dağılımı büyük oranda arttıracaktır. Ülkemizde düşünülmesi gereken sağlık örgütlenmesi, dengesizliği bir an önce ortadan kaldıran, sağlık hizmetleri yetersiz yörelere ağırlık veren, ülkenin tümünde aynı anda başlayan düzenleme olmalıdır.

Bu gün hekim gereksinmesi kadar, pratisyen hekim sayısındaki açık büyük önem taşımaktadır. 18.511 hekimden ancak 6.227'si pratisyen, geriye kalan 12.284'ü uzmandır. Ayrıca pratisyen grubunda ele alınan hekimlerin 1/5'inin uzmanlık için asistanlık döneminde olduğu göz önüne alınırsa, geri kalmış bölgelere sağlık hizmeti götüren veya götürmesi beklenen pratisyen hekimlerin tüm hekimlere oranının % 30'a dahi ulaşamadığı görülür.

Hekim dışındaki sağlık personeli ile, hekim oranı dikkat çekicidir. Standartlara göre sağlık personeli, hekim toplamının 10 katı olması gerekirken, 1963'de 1,6 katı olduğu saptanmıştır. 1977'de bu rakamın ancak 1,8 olabileceği hesaplanmıştır. (7)

Hekim'in diğer sağlık personeli yeterli olmadan görev yapması düşünülemeyeceğine göre verilen rakamlar diğer sağlık personeli açığı yönünden uyarıcı olmalıdır.

Ülkemizde hekim ile hastanın karşı karşıya getirilme olgusu giderek artmaktadır. Sorunları çözümlenemeyen hastalar, neden ne olursa olsun sorumlu olarak hekimi görmektedirler. Bunun en canlı örneklerini S.S.K.'da görmekteyiz. Sağlık primi ödeyen işçiler haklı olarak bunun karşılığında sağlık sorununun çözümlenmesini beklemektedir. Özellikle poliklinik hekimleri günde 70-80 hastayı muayene etmek zorunda bırakılmakta, sonunda bir hasta muayenesi

için çok az süre ayrılabilir. Kısa sürede ancak yakınmaların dinlenmesi ile birlikte reçete yazılabileceğinden, sigortalının muayenesi iyi yapılmamakta, hastalığın nedeni saptanamamakta, sorun sürüp gitmektedir. Hasta bu durumda hekimi suçlamakta, hekimi günde 70-80 hasta bakma zorunda bırakanlar, kolayca aradan sıyrılabilirler. Aynı durum GSS'da da olacaktır. Kişi sağlığına önem vermeyen siyasal iktidarlar, her vakit suçlu olarak hekim'i göstermenin yolunu bulmaktadırlar. Halkımız ve hekimler, bu durumdan ancak, kişi sağlığına gereken önemi veren, gerçek halk iktidarında kurtulabilecektir.

Kırsal bölgeler ve genel sağlık sigortası

«Sosyo-ekonomik durumu yeterli olmayanların ve özellikle kırsal bölgelerde oturanların var olan sağlık hizmetlerinden iyi bir şekilde yararlanamadıkları bir gerçektir. Önemli bulaşıcı hastalıklar savaşı dışında kırsal bölgelere sağlık hizmeti götüren bir örgüt yoktur. İl ve ilçe merkezlerindeki sağlık örgütlerinden kırsal bölge halkının yararlanması olanaksızdır. Kırsal bölgelerde oturanların, sağlık hizmetlerinden yararlanmasını belirleyen en önemli faktörlerden birinin uzaklık olduğunu ve bir sağlık kuruluşundan 10 km. ya da daha uzak toplumda yaşayanların özellikle çocuk, kadın ve yaşlıların hizmetlerden yararlanma derecesinin büyük ölçüde azaldığını gösteren araştırmalar vardır. (8) «Türkiyenin herhangi bir yerinde il ya da ilçe merkezlerinden 15 km. ötede yaşayan bir kimse, sağlık hizmeti dahil, tüm kamusal hizmetlerinin unutulmuş olduğu bir dünyada yaşamının ıstırapı içindedir.» (9) Bu unutulmuşluk GSS ile sürdürülecek, hatta artırılacaktır. Üstelik unutulmuşluğun artırılması geri kalmış il merkezlerinde bile hızlandırılacaktır.

Genel sağlık sigortası ve tedavi edici hekimlik

Ülkemizde tedavi edici hekimlik hizmetleri, halk sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetlerini aksatacak duruma gelmiştir. GSS ile yalnızca tedavi edici hekimlik hizmetleri verileceğinden, aksama giderek artacaktır.

Ülkemizde; 20 yaşına kadar olanlar, genel nüfusun % 61,9'unu oluşturmaktadır. (10) Gençlerin çoğunlukta olduğu ülkelerde koruyucu hekimliğe ağırlık veren sağlık hizmetinin uygulanması daha fazla önem taşır.

1973 yılında 3.178 meningeal enfeksiyon (dünyada birinci sırada), 500 poliomyelit (yalnız sekel bırakanlar), 2.269 tifo, 1.430 paratifo, 11.973 enfeksiyöz hepatit ile dünyada ön sıraları aldık. (11) 1970 yılında Türkiyenin sadece il ve ilçe merkezlerinde difteriden 60 ölüm görülmüştür. Halbuki koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık verilen ülkelerde bu hastalıklardan bırakın ölümü, hastalığa yakalanana bile rastlanmamaktadır. Büyük bir kısmında basit bir anjini bile teşhis ve tedavi edecek olanaklar bulunmayan ülkemizde, 9 hekim ve 35 hemşirelik bir ekip anjini zamanında tedavi edilemediği için kalp hastalığı oluşan bir hastaya transplantasyonu başarmak üzere gece gündüz nöbet tutmuştur. Oysa ki, aynı ülkede bu sayıda sağlık personeline sahip olmayan iller vardır. (12)

GSS ile yalnızca tedavi edici hizmetler verileceğinden, az da olsa halen koruyucu hekimlik hizmetleri ile birlikte tedavi edici hekimlik hizmetleri ile birlikte tedavi edici hekimlik hizmetlerini yürütenler, sadece tedavi edici hekimlik hizmetlerini yürütür duruma gireceklerdir. Koruyucu hekimlik hizmetlerinin zararına gelişim sürecektir.

Genel sağlık sigortası finansmanı

Finansmanın, üyelerden brüt gelirlerinin % 4 oranında prim ve ilâç bedelinin % 25'inin alınması ile karşılanacağı bildirilmektedir. Ödeme gücü olmayanların prim ödemeyecekleri de belirtilmiştir.

Doğum, ölüm yardımları ve tedavi masrafları karşılığı sigortanın 20 Milyar 290 Milyon TL'si harcama yapması gerektiği hesaplanmıştır. (13) Bunlara sigortanın vermeyi öngördüğü yaşlılık, analık, yol, otel ve yiyecek yardımları da katılırsa çıkan rakam dahada artmış olur. Prim % 4 olarak alınacağına göre, ödemeyi yapacakların 507 Milyar 250 Milyon TL'si brüt gelirleri olması gerekecektir. Oysa ülkemizde gayri safi milli hasıla 237 Milyar 550 Milyon TL'sidir. (14)

«Bir ülkede yapılan sağlık harcamalarını etkileyen iki ana faktör vardır. Bunlardan biri o ülkelerin milli gelir düzeyi diğeri de hükümetlerin insan sağlığına verdikleri önemdir.» (15)

Bu gün ülkemizde sağlık bütçesine genel bütçeden ayrılan pay % 3,5-4 gibi çok düşük bir düzeydedir. Bu oran İsveç'e % 20,4, Suriye'de % 17, Seylan'da % 15,5, İsrail'de % 7 ve Cezayir'de % 9'dur. Türkiye'de sağlık bütçesinin genel bütçeye oranının diğer ülkelere göre düşük olması siyasal iktidarların halkın sağlığına ne kadar az önem verdiğini gösteren somut delildir.

Ülkeler sağlık harcamalarını dört ana kaynaktan sağlamaktadır.

- 1 — Hükümetin genel bütçeden ayırdığı fon.
- 2 — Zorunlu sosyal sigorta fonları.
- 3 — Özel sigorta şirketleri, yardım dernekleri ve vb. kuruluşlar.
- 4 — Hizmet karşılığı kişi tarafından yapılan ödemeler.

TABLO. III : Çeşitli ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları. (16)

Ülkeler	Hükümet yüzde	zorunlu sigorta yüzde	Diğer kaynaklar yüzde*	Kişinin ödediği yüzde	Milyon TL.
A.B.D.	19,8	1,7	28,4	50,1	225.573
Çekoslovakya	85,2	5,7	1,5	7,6	8.280
İngiltere	84,4	—	0,6	15,0	26.415
İsveç	64,6	12,8	—	22,6	6.102
Seylan	57,0	—	2,8	40,2	378

(*) Yardım dernekleri, özel sigorta şirketleri vb.

Örnek olarak verilen ülkelerden İngiltere ve Çekoslovakya sağlık hizmetlerini büyük ölçüde genel bütçeden finanse etmekte, İsveç bu ülkelere yaklaşmaktadır. İngiltere sağlık sigortasını ilk uygulayan ülkelerden olmasına rağmen sağlık hizmetlerini sosyalleştirme gereğini duymuştur. Seylan'da bile hükümet sağlık harcamalarına % 57 oranında katılmaktadır. Türkiye'de siyasal iktidarlar kişi sağlığına gereken önemi vermediklerinden genel bütçeden sağlık harcamalarına ayırdıkları bölümü düşük tutmuşlardır. S.S.K.'na prim ödeyen işçiler ve memurlar dışındaki büyük kitle sağlık harcamalarının büyük kısmını, hatta tamamını kendileri ödemektedirler.

TABLO. IV : Çeşitli ülkelerde milli gelir ve hükümetin kişi başına sağlık harcaması. (17)

Ülkeler	Kişi başına hükümetin Sağlık harcaması TL.	Kişi başına - milli gelir TL.
A.B.D.	348	21.285
İsveç	661	13.680
Çekoslovakya	601	8.280
Fil Dişi Sahili	225	1.386
Senegal	342	1.377
TÜRKİYE (1961)	15	1.469
(1969)	31	2.764

Tabloda verilen rakamlardan anlaşılacağı gibi sağlık hizmetlerinin finansmanını Türkiye'de siyasal iktidarlar, kişilerin omuzlarına yıkmışlar, şimdi de sorunları bir kat daha artıracak olan GSS'ye sarılmışlardır. Düşünülen, olsa, olsa yeni bir vergilendirmedir.

Sağlık üzerinden vergilendirme

1971 yılı verilerine göre işçi ve memurlar gelir vergisinin % 50'sini öderken 1975 yılında oran % 65'e ulaşmıştır. (1975 te memurlar 6,2 Milyar işçiler ise 10,1 Milyar TL. vergi verdiler.) (18) Sermaye kesimi katkısı ise 1952 de % 33 den 1960 da % 30'a düşmüştür. (19)

Kaldı ki bu % 30'un büyük kısmını teşvik primi, vergi iadesi, uzun süreli kredi gibi vb. yollarla geri almaktadırlar.

Ülkemizde sermaye kesimine uygulanan vergi oranı düşüktür. Dolaylı vergilerin tüm kamu gelirinin % 44,3'ünü oluşturan ayrı bir sorundur. Bu düzende, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından finanse edildiğini düşünsek bile, gerçekten maaşlı ve ücretlilerle, yoksul halkın sırtında olacaktır.

Ulusal gelir ve % 4 prim

Ülkemizde en az geçim endeksine göre fert başına yılda 14.400 TL. olması gerekirken 1974'de 3.800 TL. sı milli gelire ulaşabilmiştir.

İzmir Tabib Odasının 1975 yılında piyasa fiyatlarına göre yaptığı incelemede sadece iyi ve yeterli beslenme için yılda 7.200 TL. lik besin maddesi alım harcaması gerektiği görülmüştür. (Pişirme katılmamıştır. Fert başına -erişkin- 300 kalori için).

Beslenmesi için bile yeterli geliri olmayan kitlelerin % 4 prim vermesi, beslenmesinden fedakârlık yapmasını gerektirecektir.

İlaç

GSS ilaç ve listelerinin saptanması yerli ve yabancı ilaç tükellerinin etkisinde kalacaktır. Somut örnek S.S.K.'da ilaç fabrikası kurulmasını engelleyen girişimlerdir.

Tedavi edici hekimliğe ağırlık verilmesi ilâç tüketimini artıracak dolayısıyla yerli-yabancı tekellere daha fazla kâr sağlayacaktır. 1970 yılında ilâç tüketimi 1 Milyar 35 Milyon TL. iken, 1973 yılında 2 Milyar 829 Milyon TL. sına çıkmıştır. GSS ile bu rakam astronomik bir düzeye ulaşacaktır.

İlâçta ayrı bir sorun, temel ve bazı pahalı ilâçların listeye alınamaması sonucu, S.S.K. da olduğu gibi sigortalının ilâç bedelinin % 100'ünü ödeme durumunda bırakılmasıdır.

Sonuç :

Sağlık Bakanı Sayın Dr. Kemal Demir'in «GSS Türkiye'nin sağlık sorunlarını temelden çözebilir mi?» sorusuna «Bütün sağlık sorunlarını GSS'nin çözüm getirmesi elbette beklenemeyecektir.» (20) yanıtını vermiştir.

Kanımız : GENEL SAĞLIK SİGORTASI TÜRKİYE'NİN SAĞLIK HİZMETLERİNİ DAHA DA İÇİNDEN ÇIKILAMAZ HALE GETİRECEKTİR.

Çözüm

1° Temel ilke, kişinin hasta olmamasını sağlamağa çalışmak olmalıdır. Bunun için de üretim güçlerinin geliştirilmesi ve arttırılan üretimin adil bir şekilde dağılımı sağlanmalıdır. Böylece iyi ve yeterli beslenme, giyinme, ısınma, barınma, çevre sağlığı ve koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması olanağına varılacaktır.

2° Sağlık hizmetleri tek elde toplanmalıdır. Çalışmaya yurt çapında ayrıcalıksız rotasyon ve tam gün çalışma ile hekim ve diğer sağlık personelinin katılması sağlanmalıdır.

3° Hekim ve diğer sağlık personeli açığının, ülke koşullarının gerektirdiği biçimde hızla yetiştirilmesiyle kapatılmalıdır.

4° Ülkemizin sağlık hizmetlerinin anayasanın 49. maddesinde belirtildiği gibi devletin ödevi kabul edilmeli, bu hizmetler için hiç bir ücret istenmemelidir.

Yararlanılan kaynaklar

- (1) Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı. ATOB. Sayı: 2 1975
- (2) DİRİCAN, R; Türkiyede Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi. Profösörlük Takdim Tezi. 1974

- (3) DİRİCAN, R; a.g.e.
- (4) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı: SSYB ile çeşitli kuruluşlara ait tesisler. Üçüncü baskı. Plânlama ve Koordinasyon Başkanlığı. Yayın No: 12 — Güven Matbaası, Ankara, 1972.
- (5) DİRİCAN, R; a.g.e.
- (6) Üçüncü Beş Yıllık Plân. Devlet Plânlama Teşkilâtı.
- (7) TAYLOR, C.E; DİRİCAN, R; ve DEUSCHLE, K. W; Health Manpower Planning In Turkey. The John Hopkins Press, Baltimore, 1968
- (8) TOPRAK, K; Köysel Bölgelerde Tedavi Hizmetlerini Etkileyen Faktörler. Halk Sağlığı İhtisas Tezi. Hacettepe Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü. 1969
- (9) BROCKINGTON, F a.g.e.
- (10) Türkiye İstatistik Cep Yıllığı. Devlet İstatistik Enstitüsü. 1974
- (11) World Health Organization. Çeşitli Yayınları.
- (12) DİRİCAN, R; a.g.e.
- (13) EREN, N; Genel Sağlık Sigortası. ATOB. Sayı: 3. 1975
- (14) Türkiye İstatistik Cep Yıllığı. Devlet İstatistik Enstitüsü. 1974
- (15) FİŞEK, N; Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Teksir.
- (16) FİŞEK, N; a.g.e.
- (17) FİŞEK, N; a.g.e.
- (18) MERTOĞLU, H; Gelir Vergisinin Üçte İkisini İşçi ve Memurlar Ödüyor. Cumhuriyet Gazetesi. 15 Ocak 1976
- (19) KÜÇÜK, Y; Plânlama Kalkınma ve Türkiye, Bilim Yayınları. 1975
- (20) DEMİR, K; Genel Sağlık Sigortası. Röportaj. ATOB. Sayı: 2. 1975



İsveçte sağlık hizmetleri

Derleyen : Dr. Mehmet Tunca

İsveç yüzölçümü 450.000 km² olan bir İskandinav ülkesidir. 1972 sayımına göre nüfusu 8,1 milyondur. Toprakların yarısı ormanlarla kaplı, % 10'u ekilidir. Maden (özellikle demir), su gücü ve kereste başlıca zenginliklerini teşkil eder. 19. yüzyılın ortalarından itibaren sanayileşme hızla ilerlemiş, yerleşilmemiş geniş topraklarının bulunuşu ve 1 milyon kişinin ABD'ye göçü sayesinde nüfus patlaması gibi bir sorunu olmamıştır. Ülke 1815'den beri hiç savaş yüzü görmemiştir. 192'den beri hemen hemen kesintisiz olarak Sosyal Demokrat Parti iktidardadır. Nüfusun ülke içindeki dağılımı fevkalade eşitsizdir, halkın % 85 kadarı 1/3 güney kesimde yaşamaktadır. Toplam nüfusun 2/3' sinden fazlası şehirlerde yerleşmiştir. Yıllık doğum oranı 13/1000'dir (Nüfus artışı hızı : 3,5./1000). Bebek ölüm oranı 11/1000, anne ölüm oranı 0,1/1000'dir. (Türkiyede bebek ölüm oranı 153/1000, anne ölüm oranı ise 5,2/1000'dir.) Beklenen ömür süresi için 75,44 kadınlar için 79,42'dir.

Çalışan nüfusun % 45'i hizmet sektöründe, % 14'ü metal sanayiinde ve % 7,3'ü tarımda görev almıştır. Tekstil ve giyim ile gıda sanayii metal sanayiinin ardından gelmektedir. İşsizlik oranı % 2 dolayındadır. Özellikle evli kadınların çalışma hayatındaki orlū hızla artmıştır. 1949'da evli kadınların % 25'i iş sahibi iken 1969'da % 49'a ulaşmıştır. Genel olarak haftalık çalışma süresi 40 saatir. Erkek işçilerin ortalama saat ücreti 1,24 sterlindir. (*) (1973 yılı.) Kişi başına ortalama yıllık gelir 1780 sterlindir.

Kamu harcamalarının % 21'i sağlık hizmetlerine, % 26'sı eğitime, % 16'sı silahlanmaya gitmektedir. Sağlık hizmetlerindeki harcamaların kaynağı ise şöyledir (1970):

	%
Hasta tarafından ödenen	1
Sağlık sigortasınca ödenen (*)	9
Hükümet tarafından ödenen	8
Bölgesel vergilerden gelen	76
Diğer kaynaklardan	6

Polis örgütü, mahkemeler, ordu, genel sosyo-ekonomik planlama, işgücü alışverişleri dışında kalan konulardan Devlet kararı bölgesel komünlere bırakmıştır. Sağlık sorunları landsting denilen bölgesel konseylerin sorumluluğundadır. Komün yönetimi ayrıca

(*) 1 Sterlin 31 TL'dir.

(*) — Sigorta zorunludur.

iskân, eğitim, eğlence ve dinlenme, şehirlerin gelişmesi, çevre sağlığı v sosyal hizmetler konusunda yürütmeden sorumludur. Devlet ve komün ile **landsting** arasındaki koordinasyon merkezi hükümet temsilciliği tarafından sağlanır. 1971'den beri bu temsilciliğin üyeleri Hükümet ve **landsting** tarafından seçilmektedir. Komün, sorumlu olduğu görevleri yapabilmek için Devlet tahsisatlarının dağıtımında ve üst sınırı bulunmayan vergiler koymada yetki sahibidir.

Prevalan Hastalıklar

Göteborg şehrindeki ayaktan tedavi kurumlarının istatistikleriyle yapılan bir araştırmaya göre muayene edilen hasta toplamının % 10'u veya daha fazlasını meydana getiren hastalıklar şunlardır:

1. Solunum sistemi hastalıkları
2. Bağ dokusu ve iskelet sistemi hastalıkları
3. Merkezi sinir sistemi hastalıkları
4. Mental bozukluklar

İsveç halkının % 17'sinden fazlasının yaşadığı 1,2, milyon nüfuslu Uppsala bölgesinde yatarak tedavi görenlerin hastalık tanıları ise şöyledir:

	%
1. Dolaşım sistemi hastalıkları	23,4
2. Travma ve zehirlenmeler	10,3
3. Kanser ve bağlantılı hastalıkları	9,3
4. Solunum sistemi hastalıkları	7,6
5. Sindirim sistemi hastalıkları	7,1
6. Bağ dokusu ve iskelet sistemi hastalıkları	6,1

Ölüme neden olan hastalıklar arasında ilk üç sırayı kalb hastalıkları, malign hastalıklar ve serebrovasküler hastalıklar alır. En sık rastlanan bulaşıcı hastalık gonorre'dir, onun ardından sırasıyla influeuza, kızamık, kızıl, tüberküloz ve enfeksiyöz hepatit gelir. Ayrıca 1972 yılında 65 adet amoebiasis ve 27 adet malaria vakası rapor edilmiştir.

Sağlık hizmetleri

Bölgesel konseyler o bölgede sürekli ya da geçici olarak yaşayanların sağlığından sorumludur. Uzun vadeli sağlık planlaması ve profilaktik tedbirler de konseyin görevidir. Ülke sağlık hizmet-

leri için 7 bölgeye ayrılmıştır. Her bölge değişik sayılarda alt-bölgelere bölünmüştür. Bu alt-bölgelerin her birinde bir veya daha fazla doktor görevlendirilmiştir. Tedaviye ek olarak, özellikle kırsal yörelerde, koruyucu ana-çocuk sağlığı hizmetleri de doktorun görevleri arasındadır. Böylesine bir uygulamanın gereği olarak Genel Pratisyenlik yeni bir uzmanlık dalına dönüşmüştür. Alt-bölgelerde çalışan toplam uzman sayısı 1100, pratisyen sayısı ise 100 kadardır. Ayrıca 2000 kadar hemşire ev ziyaretleri, çocuklarda profilaksi okullarda sağlık hizmetleri ve sağlık eğitiminde görev almaktadır. Bu hemşireler gün geçtikçe özellikle yaşlı kronik hastaların bakımını da üstlenmişlerdir.

Uzman doktorluk son yıllara dek genellikle hastanelerde yapılmaktaydı. Ayaktan tedavi edilebilecek pek çok vakanın hastanelere yattığı, bölgelerde uzman bulunsaydı hastalara evlerinde daha rahat ve masrafsızca faydalı olunabileceği göz önüne alınarak hastaneler dışında da uzmanların görevlendirilmesi yoluna gidilmektedir. Ülkede toplam olarak 11,250 doktor vardır, bunların 5.700 kadarı uzmandır. 720 kişiye 1 doktor düşmektedir. (1971 rakamları.)

Hastanelerin yönetimi

İsveç'te hastaneler ikiye ayrılırlar: Asil veya diğer ciddi vakalarla ilgilenen hastaneler (yani genel hastaneler) ve kronik hastaları kabul edenler. Hastaneler uzmanlaşma derecelerine göre de sıralanabilirler. Uzmanlaşmamış genel hastanelere de tek-tük rastlanabilir ama İsveç'te en çok bulunan hastane tipi (alt-bölge hastanesi) asgari şu üç dala sahiptir: İç hastalıkları, cerrahi ve radyoloji. Alt-bölgenin bağlı olduğu bölgede en azından bir merkezi genel hastane (uzmanlık dalları 15-20 kadardır) ve onun da üstünde bir adet bölge hastanesi bulunur (uzmanlık dalları 30 veya daha çok). Bölge hastaneleri Tıp Fakülteleri ile yakın işbirliği içinde çalışırlar. Ülkenin hastanelerinde toplam olarak 8,900 doktor, 2,900 dişi, 27,800 hemşire ve teknisyen ile 1,600 fizyoterapist çalışmaktadır. 715 hastanede toplamı 120,000'i aşan yatak vardır, her 1000 kişiye 114,9 yatak düşer. Yatakların hastalıklara göre dağılımı ise şöyledir:

Somatik hastalıklar için kısa süreli	50,000
Somatik hastalıklar için uzun süreli	34,000
Konvalesan bakım	2,000
Yetişkin psikiyatrisi	25,000
Çocuk ve adölesan psikiyatrisi	900

Psikiatrik bakım-evleri	7,100
Epileptik hastalar için	150
Zekar geriliği olan hastalar için	20,000

Tıp eğitimi

İsveç'te 6 tane Tıp Fakültesi vardır, öğrenim süresi 5,5, yıldır. 1971-72 döneminde bu kurumlarda 336'sı profesör olmak üzere 1,400 teknik personel görevliydi. Aynı yıl söz konusu okullar 740 mezun vermişti. Dişçiliğin öğrenim süresi 5 yıl, yüksek hemşireliğin ise 1-1,5 yıldır. Yukarıda da değindiğimiz gibi bütün bu öğretim kurumları ile bölge hastaneleri ortaklaşa çalışırlar.

Mezuniyet sonrası tıp eğitimi derecedeki bir genel hizmet süresi ile başlar, bu dönemde doktorun rolü her ne kadar geri planda ise de meslekî sorumluluğu tamdır. Genel hizmet süresini dolduran doktorlar uzmanlaşmak istedikleri dallarda görev alırlar.

Uzmanlıktaki eğitim programını izleyen kişi belirli bir dalda eğitim görürken o dala ilgili bir başka konuda da ikincil derecede öğrenim yapmak zorundadır. Uzmanlık süresi konusuna göre 4,5-5 yıldır. Doktor, zamanlık eğitimi gördüğü dalın en az 1 yılını hastaneleri, bölge hastaneleri, genel belediye hastaneleri veya belirli büyük özel hastanelerden birinde geçirir.

Mezuniyet sonrası eğitiminin programlama sorumluluğu ve yönetimi merkezî bir organ olan Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Ulusal Kurulu'na aittir.

Eskiden beri hemşirelik eğitimi bölge konseylerinin kurup yürüttüğü okullarda yapılmaktadır. 1960'lardan beri diğer yardımcı sağlık personeli için de aynı konseyler okullar açmaktadırlar. Bu konseyler kendi bölgelerindeki sağlık kurumlarının gereksinimlerini göz önüne alarak söz konusu okulları düzenlerler.

Tıbbî araştırmalar

İsveç'te tıbbî araştırmalar üniversitelerde yapılır. Devlet bu araştırmaların finansmanını Eğitim ve Sağlık Bakanlıkları kanalıyla ulaştırır. Araştırmaların pahalı olması nedeniyle konular kısıtlandırılmıştır, belirli bir plan çerçevesindedir, herkes her aklına gelen konuda araştırmaya girişemez.

Devlet araştırmalardan başlıca iki fayda beklemektedir:

1. Sağlık personelinin araştırmaya katılmasıyla meslekî niteliklerini arttırmaları, dolayısıyla sağlık hizmetlerinin daha ileri

bir düzeye yükselmesi. (Araştırma çalışmaları bulunmayan doktorların taşra hastanelerinde dahi önemli yerlere atanmaları hemen hemen olanaksızdır.)

2. Ülke içinde yapılan araştırmalarla dışarda yapılan araştırmalardan daha iyi değerlendirilmesi, yabancı ülkelerde elde edilen sonuçların İsveç toplumunun gerçeklerine uyarlanabilmesi. (İsveç tüm yeni tıbbî araştırmaların ancak % 1'ini kendisi yapmakta, % 99'unu dışardan «ithal» etmektedir.)

Araştırmaların finansman kaynakları şöyledir:

Devlet harcamaları	200 milyon kronor (*)	(% 80)
Özel kuruluşlar	20 milyon kronor	(% 8)
İlaç şirketleri (tahminen)	30 milyon kronor	(% 12)

İsveç'in günümüzdeki sağlık sorunları

İsveç'te sağlık hizmetlerinin temelini hastaneler meydana getirmiştir. Geçmiş yıllarda doktor sayısının az olması nedeni ile eksik personelden azamî faydanın sağlanabilmesi için belirli hastanelerde biraraya gelmeleri teşvik edilmiştir. Ülkedeki nüfusun % 85'inin toprakların % 30'unu teşkil eden güneyde yaşaması, İsveç'in küçüklüğü gibi nedenlerle bu politika uzun bir süre fazlaca sorun yaratmaksızın sürdürebilmiştir. Uzak bölgelerde yaşayanlara hizmetin götürülebilmesi için de o bölgelerde minyatür hastaneler kurulmuştur. Böylelikle halk en iyi sağlık hizmetinin, hastalığı ne olursa olsun, hastanelerde bulunacağı kanısına ulaşmıştır. Zamanla sağlık personeli sayıca ve nitelikçe artmıştır. (Doktor sayısı her 5 yılda 5000 kadar artmaktadır. Beri yandan sağlık hizmetlerindeki masraflar, gelirlerden daha hızlı bir yükseliş göstermiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının % 76'sının bölgesel vergilerden geldiği göz önüne alınırsa artan masrafların yarattığı farkın kapatılması için en kestirme yol vergilerin yükseltilmesi olmaktadır. Oysa İsveç'te vergiler zaten yüksek bir orandadır, hükümetin tercihi masrafların kısılması yönündedir.

Hastanelerin hizmette temel unsur olduğu bir sistemin koruyucu sağlık hizmetlerini ikinci plana atacağı açıktır. Resmi kaynaklarda bu sorun üstü kapalı geçilmekte, uygulamada ise koruyucu hizmetler ve halkın sağlık eğitimi yasak savma tarzında bir işlemle yardımcı personele ek görev olarak yüklenmektedir. Nüfusunun büyük bir kısmı şehirlerde yaşayan, topraklarının küçük bir bölümüne toplanmış bulunan bir ülkede bunlar uzun süre önemli sorunlara yol açmamıştır. Bugün dahi sorunlar «vahim» olmaktan

(*) 1 İsveç kronoru 3,35 TL'dir.

uzaktır. Yöneticiler bugünden çok yarını düşünürken kaygılanmaktadırlar.

İsveç'te bebek ölüm hızının azalması, halkın günden güne daha iyi tedavi olanaklarına kavuşması ve genel olarak tıptaki ilerlemeler sonucu toplumdaki yaşlı insan oranı artmış, buna paralel olarak kronik ve yaşlı hastalar hastane yataklarında dolanımı yavaşlatmışlardır. Hastanede yatan hastalardan 10 kronor/gün ücret alınmasına karşılık bir hastanın günlük masrafı 350 kronordan az olmamaktadır. Böylece kronik ve yaşlı hastaların bakımı her geçen gün daha büyük bir mali sorun haline gelmektedir.

Özetlersek, sağlık hizmetlerinde artan masrafların nedeni olarak:

1. Daha alt kademelerde tedavi olabilecek hastaların hastanelere başvurusu.

II. Kronik hastaların hastane yataklarını gereğinden fazla kullanmaları sorumlu tutulmaktadır.

Üçüncü bir sorun da minyatür alt bölge hastanelerinin götürdükleri hizmete oranla pahalı kurumlar olmasıdır.

Bunları göz önüne alan yönetim şöyle bir yol izlemeye karar vermiştir: Alt-bölge hastaneleri kapatılarak, yerlerine «Sağlık merkezleri» kurulacaktır. Sağlık merkezi yaklaşık 10.000.— 15.000 kişinin yaşadığı bir alana hizmet edecek, en az 3-5 en çok 15 doktor bulunduracaktır. Doktorların çoğu genel pratisyen olacak fakat merkezin bağlı olduğu büyük hastane ile ilişkili uzman doktorlarla ortaklaşa çalışacaklardır. Yine bu büyük hastanelerin röntgen ve laboratuvar olanaklarındanda yararlanacaklardır. Doktorların yanında sosyal hizmet uzmanlarının bulundurulması, bölgenin sadece tıbbi değil sosyal sorunları için de danışma merkezi olarak çalışması amaçlar arasındadır. Böylece «sağlık merkezi» genel bir anlamda «servis merkezi» olacak, bölge halkının hastalıklardan korunması, hastalananların tedavi edilmesi, üst düzeydeki kurumlarda tedavisi gerekiyorsa nereye başvurusu gerektiği şeklinde bir yol gösterme ve sosyal sorunlarının çözülmesi gibi görevleri üstlenecektir. Beklenen amaç halkın gözünde bu merkezlerin hastanelerden daha değerli bir baş vurma yeri haline gelmesi ve hastanelerin yükünün hafifletilmesidir. Kronik hastaların hastane üstündeki yükü ise şu iki yolla hafifletilmeye çalışılmaktadır: Hastaların yardımcı sağlık personeli tarafından evde izlenmesi ve bakımevleri. Şüphesiz pek çok hasta için evinde yatmak hastanede kalmaktan daha rahattır, yetişmiş personelin bakımı ile bu gibi kimselerin evlerde diğer aile bireylerine daha az yük olarak yaşaması sağlanabilir. Bakımevleri ise hastaneler kadar masraflı değil-

dir, hastane için hafif ev için ağır hastalar (ya da sosyal, ailevi v.b. nedenlerle evde barınamayanlar) bu yolla iyi bir hizmetten yararlanmış olacaklardır.

İsveç iyi örgütlenmiş bir kapitalist ülkedir. 150 yıldan fazla süredir toprakları savaş yüzü görmemiştir ama ağır sanayii ve maden kaynaklarıyla iki dünya savaşının da «nimetlerinden» yararlanmasını bilmiştir. Halkının sosyal, kültürel ve ekonomik düzeyi pek çok kapitalist ülkeden yüksektir. İşsizlik oranı % 2,5 dolayındadır, bu oran sosyal huzursuzluğa yol açmaksızın işgücü arzını «istenen düzeyde» tutmak için uygundur.

Böylesine «ileri» bir ülkede bulaşıcı hastalıklar arasında gonorrenin en ön sırayı alması, alkolizmin büyük bir soru olması, halkın sağlık eğitimine her yıl 5-6 milyon kronor (kişi başına 1 kronordan az) para harcanması ve küçük bir ülke olmasına rağmen kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin belirgin bir şekilde şehirlerden geri kalması düşündürücüdür. Nüfusun % 95 inden fazlasına sağlığa uygun çeşme suyu ve kanalizasyon bağlantılı evler verilebilmiş, böylece barsak enfeksiyonları silinmiştir ama gonorrenin önü alınamamıştır.

Türkiye için İsveç deneyi neler öğretmektir? Birbirlerinden farklı yönleri pek çok olmasına rağmen hiç olmazsa şunlar ülkemiz için de geçerlidir:

1. Tedavi edici sağlık hizmetleri, özellikle hastane hizmetleri pahalıdır. İsveç gibi dünyanın en zengin ülkeleri dahi bu masraflardan yakınmaktadırlar. Hangi yol tutulursa tutulsun, harcamaların kaynağı halkın alın teri olduğuna göre en az masrafla en etkin ve en yaygın hizmetin yerine getirilmesi esastır. Türkiye gibi, halkının büyük bir bölümünün bulaşıcı hastalıklardan korunmadığı bir ülkede yetersiz sayıdaki personel ile hastaların tedavi edilmesini temel amaç edinen her türlü sağlık politikası iflas etmeğe mahkumdur.

2. Sağlık hizmetlerinin halka yaygınlaştırılabilmesinde yardımcı personelin rolü çok önemlidir. İsveç gibi tedaviyi korumadan ön plana alan bir ülkede dahi hemşire sayısı doktor sayısından 3 kat fazladır.

3. Hatırda tutulması gereken bir özellikde İsveç'in araştırmalara yönelik politikasıdır. Araştırma belirli merkezlerde, bir plan içinde ve ülkede gereksinimler unutulmaksızın yapılmaktadır, özentinin yeri yoktur.

Olumlu ve olumsuz yönleriyle İsveç'teki sağlık hizmetlerinin düzeyi bugünü Türkiye'sinde bir hayaldir. Genel sağlık sigortası gibi halkımızın gereksinimlerinden uzak yollara gidildiğine göre daha uzun yıllar hayal olarak da kalacaktır.

Sağlık sigortası endüstrisi

ANKARA TABİP ODASI HALK SAĞLIĞI BÜROSU

ABD'de Sağlık Sigortası kurum ve şirketleri hastane, doktor ve özel şirketlerin para biriktirme aracı, giderek ekonominin iyi kâr bırakan bir sektörü haline gelmiştir.

Sağlık sigortası kurumlarını doktor ve hastane sahipleri kontrol etmekte, yönetmekte, böylece büyük kişisel kârlar sağlamaktadırlar. Özel sigorta şirketleri ise ülkenin büyük finans krallarının elinde olup, bankalar ve büyük şirketlerle simbiotik ilişkiler içindedir.

Bu grupların Sağlık Sigortası Endüstrisini ellerinde tutmaları, sigorta kapsamını daraltmış ve yetersizleştirmiş, yaşlılara, hastalara ve yoksullara farklı muameleler yaparak onları zor durumlara düşürmüş, fiyatları sürekli yükselterek ülkede enflasyon yaratmıştır.

Bir sigorta için hastalık korkulacak bir şey değildir, aksine altın madeni gibi bir şeydir. Halk için ise hastalık maddî bir yıkımdır. Halk bundan korkarak, daha sağlığında, sigorta kurumlarına, şirketlere milyonlarca para yatırmaktadır. Fakat bu paraların, ne kadarının sağlıkları için harcandığından habersizdir.

ABD'de sigortaların tarihçesi

Bugün ABD'de 2 tip Sağlık Sigortası kuruluşu vardır:

1. Kâr amacı gütmeyen, vergiden muaf Blue Cross (Mavi haç) ve Blue Shield (Mavi kalkan).
2. Ticarî sigorta şirketleri.

Sigorta kuruluşları 19. yüzyılda faaliyete başladıkları halde ancak Büyük Buhran (1928-30) sırasında çok gelişerek endüstri haline geldiler. Bu tarihlerde halk maddî olanaksızlıklar içinde idi ve bu yüzden doktor ve hastane ücretlerini, ödeyemiyordu. Bu durumda zarar eden hastaneler birleşerek Blue Cross isimli sigorta kurumunu kurdular. Buna göre, sigortalanmak isteyen kimseler yılda belli bir prim ödeyecek, hastalandıklarında da, bu kurum onların hastane masraflarını karşılayacaktı. B. Shield de yine buhran sırasında, doktorlar tarafından, bazı kimselerin sık sık hastalandıkları, bazılarının doktor ücretini ödeyemeyecek kadar yoksul oldukları farkedilince kuruldu.

Buna da yılda (her ay) belli bir prim ödenecek, sigortalılar hastalanınca kurum da onların doktor ücretlerini ödeyecekti. Bu kurumlar her ne kadar kârsız çalışıyorlar ise de esas olarak hizmeti değil, doktor ve hastanelerin ücretlerini garantiye almak için kurulmuşlardır.

Bugün bu iki kuruluşun kapsamına giren sigortalıların sayısı 170-180 milyondur. Ticarî sigorta şirketleri sağlık alanında 2. dünya savaşına kadar etkin olamamışlardır. Bu şirketler sigorta sistemine, prim oranları kuralını getirerek sağlık sigortası pazarının önemli bir bölümünü ellerine geçirmişlerdir. Bu kurala göre gençler yaşlılardan, sağlamlar hastalardan daha az prim ödeyecekti. Eski sistemde olan kitle dayanışması felsefesi bu sistemde ortadan kalkmıştı. Bu arada sendikalar da işverenlerle yapılan toplu pazarlıklarda sağlık sorununu gündeme getirmişler ve bazı haklar elde etmişlerdir. Buna göre işverenler de işçileri namına sağlık ve refah fonlarına prim ödemişler, bu fonlarla işçilerin sigortalanması sağlanmıştır.

Prim oranları kuralı ile güç duruma düşen yaşlılar ve yoksullar için 1965'de parlâmentodan Medicare ve Medicaid kanunları çıkarıldı. Bunlar bir çeşit hükümet sigortası idi, yaşlı ve yoksulları desteklemeyi amaçlıyordu. Sigorta kurum ve şirketleri, bunların acenteleri olmayı hükümetlere kabul ettirdiler. Bu aracılıktan tatlı kârlar sağlayınca da, kendi konumları değişmemek kaydı ile (yani hükümetin sigorta fonları yine kendi ellerinde olması kaydı ile) ULUSAL Sağlık Sigortası kavramını ortaya atmışlardır.

Sağlık sigortaları halka neler veriyor?

Bugün Amerika'da 160 milyon kadar insan bir birliğin, bir meslekî kuruluşun vs. üyesi olarak sigortalıdır. Bunların primleri maaşlarından, ücretlerinden otomatik olarak kesilir. 40 milyon kadar insan ise (ki bunlar işsiz, serbest çalışan, yaşlı ve hasta kimselerdir) daha fazla prim ödeyerek özel sigorta yaptırmıştır.

Sigorta kuruluşları herkesi sigorta etmedikleri gibi, sigorta ettiklerini de tüm sağlık hizmetlerinden yararlandırmaz, sundukları hizmetlerin ücretlerini de kısmen sigortalıya ödetirler. (Örneğin; sigortalanmak isteyen bir hastaya B. Cross, verdiği cevapta şimdi durumunun uygun olmadığını, durum değişince ilk fırsatta, sigortalanma şansı vereceklerini bildirmiştir.)

Yaşlılar gençlerden daha fazla para ödeyerek sigortalanabilmektedir. Örneğin; 26 yaşındaki bir kadın yılda 318 dolar öderken 58 yaşındaki bir kadın 482 dolar ödemek zorundadır. Ayrıca kadın-

lar erkeklerden daha pahalıya sigortalanmaktadır. Kronik hastalıkları olanların sigortalanması daha da güçtür.

Sigorta masrafların tümünü karşılamaz. Bu birkaç şekilde olmaktadır. Ya masrafın ilk bir kısmını, ya da belli bir günden sonraki masrafları sigortalıya bırakır. Sigortacılar buna «riskin paylaşılması» diyorlar.

Sigortalar birçok sağlık hizmetlerini de karşılamamaktadır. Bunların başında diş sağlığı, koruyucu hizmetler, hastane dışı ilaç masrafları, görme, işitme muayeneleri, gözlük ve işitme cihazı masrafı gelmektedir.

Gerek masrafların sigortalıya düşen kısmı ve gerekse sigorta kapsamı dışında kalan hizmetler o kadar pahalıya malolur ki, özellikle düşük gelirli sigortalılar, bazen çok gerekli olsa da, hizmetlerden yararlanmak istememektedirler.

Sigorta kuruluşlarını kimler kontrol ediyor?

Blue Cross yöneticilerinin çoğu hastane sahipleri ya da temsilcileridir. Tüm ülkedeki B. Cross yöneticilerinin % 50 si hastane yöneticileridir. Diğerleri de doktorlar ile B. Cross ve hastanelerle ilişkileri olan iş adamlarıdır.

B. Cross yönetiminde hastane temsilcilerinin baskın olması yüzünden, hiç sorup soruşturulmadan hastanelere büyük paralar akıtılmaktadır. B. Cross kuruluşlarının yalnız % 20'si hastane masraflarını kontrol etmektedir.

Fakat B. Cross yalnızca hastanelerin para toplama aracı gibi görülmemelidir. Elinden her yıl milyonlarca dolar geçen bir kuruluşta başka dolaplar dönmesi zaten beklenirdi. Örneğin: 1968-1970 arasında Richmond ve Virginia B. Cross'u aynı zamanda kuruluşta yönetim kurulu üyesi olan bir mobilyacıdan 1.2 milyar dolarlık mobilya almıştır. Bankalar da bu yağmaya katılmaktadırlar.

1960 larda Washington D.C. B. Cross'u hiç faiz almaksızın 10-20 milyon dolarını 6 yıl süre ile bir bankada bekletmiştir. Banka ise bundan sadece faiz ödemeyerek yılda 800.000 dolar kazanmıştır. Bankanın yönetim kurulundan bir kişi aynı zamanda B. Cross yönetim kurulunda idi.

B. Cross kendisi için güzel binalar yaptırmakta, idarecilerine yüksek maaşlar ödemektedir. Örneğin: B. Cross Birliğinin başkanı ayda 80.000 dolar maaş almaktadır. 1965-69 arasında idare masrafları % 66 artmıştır.

B. Shield isimli kuruluş ise daha çok doktorların kontrolundadır. 1970'de idarecilerinin 2/3'si doktorlardı. Örneğin: California B. Shield'inin 21 idarecisinden 19'u California Tıp Birliği tarafından seçilen hekimler idi. «Sigortalı Halk» tan seçilen 2 üyeden birisi Bank Of America'nın şube başkanı, diğeri de General Motors'un personel müdürü idi. Bu kuruluşla anlaşması olan hekimler 1966-71 arasında ücretleri her yıl % 7 oranında yükselttiler. Birincil olarak doktorlara çıkar sağlamakla birlikte, bu kuruluştan bankalar, şirketler ve kurum idarecileri de nasiplerini almaktadırlar.

Ticarî Sigorta Şirketlerine gelince : Bugün 115 milyon kişiyi kapsamakta olan bu şirketlerin sayısı yaklaşık olarak 1000 tane-dir. 1972'de bu şirketlerin prim gelirleri 14.3 milyar dolar idi. En büyük 10 şirketten biri olan Aetna 1970'de primlerden 1 milyar dolar kazanmıştır. Büyük şirketlerin çoğu aynı zamanda Hayat Sigortacıdır. Bunlar ABD'de büyük servetlere ve siyasal güce sahiptirler. Her birinin serveti 30 milyar doları geçen Prudential ve Metropolitan Life (en büyük 2 şirket) General Motors ve İTT'den çok büyük, Bank of America'ya eşittir. Bu şirketler ABD'nin en büyük bankaları ve şirketleri ile ortaklırlar. Örneğin : Metropolitan Life'in 28 müdüründen 23'ü bankaların idarî kademelerinde görevlidir.

Bu şirketler siyasal nüfuzlarını da sağlığı sömürmede kullanmaktadırlar. Örneğin : Combined Insurance (13. büyük sağlık sigortası) şirketi eski başkan Nixon'a 1968 seçim kampanyasında 1 milyon dolar, 1972'de yine 1 milyon dolar vermiş, bu arada fiat tespit komisyonundan sigorta primlerinin yükseltilmesi için karar çıkartmıştır.

Bunlar da gösteriyor ki ABD'de ticarî sağlık sigortaları zengin ve nüfuzlu kimselerin kontrolundadır. Yani bunlar halkın sağlığını kendi çıkarları için sömürmektedirler.

Ticarî sigorta şirketleri birbirleri ile rekabet edebilmek için farklı programlar sunmakta. fakat hiçbirinin programı tüm sağlık hizmetlerini kapsamadığı gibi masrafların tümünü de kabullenmemektedir. 1972'de bu şirketler primlerle 14.3 milyar dolar toplamışlar, 10,6 milyar dolarını sağlık kurumlarına ödemişlerdir. 3.7 milyar dolar kâr etmişlerdir. Bu şirketler 1970'de sağlık sigortasından zarar ettiklerini bildirmişlerdir. Fakat bunun içine topladıkları primlerin bankalardan getirdiği faizleri katmamışlardır. Ayrıca bu şirketlerin çoğu grup sigortaları satmaktadırlar. (Sağlık, kaza, hayat, malûllük). Bunları daha çok işverenler işçileri için satın almaktadır. Sağlık sigortası için düşük fiat veren bir sigorta şir-

keti bütün grup sigortasını paket halinde (toptan) satmaktadır, sağlık bölümünden gerçekten zarar etse de diğerlerinden milyonlarca dolar kazanmaktadır.

Yaşlılara destek olmak için kurulan ve bir hükümet kuruluşu olan Medicare de Sağlık masraflarının yalnız % 42'sini karşılamaktadır.

Düşük gelirliileri desteklemek için kurulan Medicaid ise 40 milyon düşük gelirlinin ancak yarısını kapsamakta, çoğuna da sınırlı hizmet götürmektedir. Medicaid ticarî şirketlerden daha düşük ödeme yaptığı için birçok doktor, Medicaid üyesine bakmamaktadır.

Örneğin : New York'daki Dr. ların yalnız % 23'ü Medicaid üyelerine bakmaktadır.

Medicare ve Medicaid büyük kuruluşlardır. 1972 yılında Medicare 8.8. milyar dolar, Medicaid ise 7.6 milyar dolar harcamıştır. Bu kurumlar harcamalarını B. Cross ve B. Shield aracılığı yaparlar. (% 90-95 oranında).

Yani B. Cross ve B. Shield bu kurumların acenteleridir. B. Cross ve B. Shield de «Devlet malı deniz» örneği hastaneler ve doktorlar ne kadar isterlerse hiç sormadan vermektedir. Bu kurumlar sağlık hizmetlerinde enflasyon yaratmıştır. Hastane masrafları 1956-65 arasında % 6,4 artarken bu programlar uygulanmaya başladıktan sonra yılda % 13.4 artmaya başladı. Dr. ücretleri 1960-67 arası % 3,5 artarken, % 6,7 artmaya başladı. Hastane yapımları arttı, yatak sayısı nüfus artışından 3 kat fazla arttı ve fazla yatak krizi doğdu, ki bu da yılda yüz milyonlarca dolara mal olmaktadır. Fiyatların yükselmesi ve kârlar, bu aracı sistem sayesinde olmuştur. B. Cross ve B. Shield fiyatları kontrol etmek için hiçbir çaba göstermemektedir.

Birçok durumlarda aynı doktor veya hastaneye birşey için 2 kez ödeme yapıldığı görülmüş, 1967 de California B. Shield'e her ay bu şekilde fazladan 350.000 dolar ödeme yapmıştır. Dr. ve hastaneler medicare ve medicaid hastalarına birçok gereksiz tetkik yaptırmakta, ayakta tedavisi mümkün kimseleri yatırmaktadırlar. California'da Medicaid programındaki çocukların diğer çocuklardan 4 kat fazla cerrahi müdahale geçirdikleri görülmüştür.

Büyük jüri raporuna göre New York Medicaid'i, ölmüş hastalara ev ziyareti için, alınmayan ilaçlar için eczanelere, hastaları birbirine aktaran hekimlere, benzer şeyler için fazladan 1 milyar dolar ödemiş, o kadar ki, bir erkekte gebelik testi bile yapılmış, faturası gönderilmiştir.

Sağlık sigortası endüstrisinde değişiklikler

Yukarıda anlatılan örnekler devlet tarafından desteklenen sigorta kurumlarının nasıl suistimal edilebileceğini göstermektedir.

Medicare ve medicaid yolu ile büyük bir enflasyona yol açan Blue Cross ve Shield bile yarattıkları enflasyondan yakınmaya başlamışlardır. Hastane ücretleri ticari şirketler için de artmış, bunlar da doğal olarak primlerini artırmışlardır. Yer yer halk bu fiat artışlarına tepki göstermeye başlamıştır.

1970-71 de bütün eyaletler de Medicaid verdiği açıklar yüzünden kriz geçirdi. Bunun üzerine yoksullara yapılan hizmetler kısıldı. Örneğin: California'da hastalara ayda en fazla 2 kez doktora gidebilecekleri ve yalnız 2 reçete alabilecekleri bildirildi. 1968-69 daki 1 milyon kişiden sonra 1971 de New York Medicaid programından da 75.000 üye çıkarıldı.

Tepkiler giderek artış göstermiş, Dr. ve hastane yöneticilerinin B. Cross ve B. Shield yönetimden çekilmeleri istenmeye başlamıştır. Bunun üzerine B. Cross yönetiminde halk temsilcileri artırılmaya başlanmıştır. Pek demokratik olmayan yöntemlerle seçilen bu «halk temsilcilerinin» % 70 i hukukçu ve iş adamlarıdır.

1-2 yerde B. Cross ve B. Shield'e Medicare ve Medicaidin aracılığından el çektirilmiştir.

Sağlık sigortasında sakatlık nerede?

Sigorta şirketleri halkın milyarlarca dolarını sağlık hizmetleri için boşuna almaktadır. 1972 de primlerle toplanan 25.7 milyar doların 21 milyarı sağlık harcamalarına gitmiştir. 4.7. milyar dolar ise idarî harcamalar, yüksek maaşlar, lüks harcamalar rekabet ve satış ilânları ile kârlara gitmiştir. Sağlık hizmetini pahalılaştırmışlar, halkı güç duruma düşürmüşlerdir' Nüfusun % 12 sinin hiçbir sigortası olmadığı gibi, bu hizmetleri satın alacak gücü de yoktur.

Sigorta kuruluşları tıp uygulamalarını da çok kötü etkilemiştir. Bunun en güzel örneği hospitalizasyona eğilimin artmış olmasıdır. Bugün ABD'de hastane sigortası olanların sayısı ambulator sigortası olanlardan fazladır. Hastane sigortası olanla en gereksiz test ve tedaviler için hastanelere yatırılmaktadır. Yapılan hesaplara göre hastanede geçen günlerin % 30 unun gereksiz olduğu sa-

nılmaktadır. Bir örnekte cerrahi müdahale sayılarının artmasıdır. Sigorta şirketleri cerrahları daha çok ameliyat yapmaya adeta teşvik etmektedir. ABD'de her yıl 10.000 ölüme yol açan 2 milyon gereksiz ameliyat yapılmaktadır.

Sonuç

Sağlık sigorta kuruluşlarının sağlık hizmetlerinde yer almaları için hiçbir neden yoktur. Bunlar sağlık ticaretini kendilerine doktorlara ve hastanelere para kazandırmak için yapmaktadırlar.

Sağlık sigortası fikri hilelidir. Sonuçta halk ödediğini alamamakta, bir tehlikeye karşı korunmuş olmamaktadır. Hastalar sağlamlardan, yaşlılar gençlerden daha fazla prim ödemekte, yoksul kimseler varlıklılarla eşit prim ödemektedirler.

Eğer sağlık hizmetleri halkın hakkı ise bunun içine kâr düşüncesi girmemelidir. Sağlık hizmetleri herkese açık olmalı ve ödeme kişilerin gücüne göre olmalıdır.

KAYNAK

1. Thomas Bodenheimer
ABD. Sağlık Politikası Müşaviri.
2. Steven Cummings
California Üniversitesi
Toplum Hekimliği Bölümü
3. Elizabeth Harding
Cal. Üniversitesi
School of Nursing Associate Prof.
4. Journal of American Health Services
Vol. 4 — 1974

TOB'a abone olunuz

Beslenme

ANKARA TABİP ODASI HALK SAĞLIĞI BÜROSU

Beslenme; büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır. Bireyin ailenin, toplumun birinci amacı sağlıklı ve üretken olmaktır. Beslenme insanın üretken gücünün sürmesini sağlayan gereksinimlerin başında gelir. Üretken güç nedir? Zihinsel ve bedensel amaca yönelik çalışmaların tümü ile fizyolojik üretkenlik bu konuya girer. Sağlıklı ve üretken olmanın simgesi; bedenlen, aklen, ruhen ve sosyal yönden iyi gelişmiş bir vücut yapısı ve bu yapının uzun süre bozulmadan işlemesidir.

Üretkenliği belli bir düzeyde tutmak ve onu yükseltmek için belirli besin gruplarına gereksinim vardır. Ana besin grupları şunlardır :

- 1) Proteinler
- 2) Yağlar
- 3) Karbonhidratlar
- 4) Mineraller
- 5) Vitaminler
- 6) Su

İlk beş grubun herbirinde ayrı özellikte ve vücut çalışmasında ayrı görevi olan değişik türde besin öğeleri vardır. Bu öğelerden herhangi biri veya birkaçı alınmazsa büyüme, gelişme bozuklukları ve çeşitli hastalıklar görülmektedir. Bu nedenle beslenme durumu bireyin sosyal ve ekonomik durumunu da etkilemektedir. Bu bakımdan beslenmede amaç, bireyin yaşı cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik duruma göre gereksinimi olan bütün besin öğelerinin yeterli miktarlarda sağlanabilmesidir. Bu yeterli ve dengeli beslenme deyimleri ile açıklanır.

Yeterli beslenme vücudun yaşamını ve çalışmasını sürdürebilmesi için gerekli enerjiyi sağlayacak kadar besin alması anlamına gelir. Karbonhidratlar, yağlar ve proteinler enerji sağlayan öğelerdir. Dengeli beslenme ise yeterli beslenmeye ek olarak her besin grubundan gerekli oranda alınmasıdır.

KARBONHİDRATLAR : Karbonhidrat yiyeceklerimizde en çok bulunan ve enerji sağlayan besin öğesidir. Karbonhidratlar Karbon, oksijen ve hidrojenle oluşmuş organik bileşiklerdir. Bu üç element değişik sayıda ve birleşme düzeninde çeşitli yapıda ve isimde karbonhidratları oluşturur. Bir gram KH. yandığında 4 cal. açığa çıkarır. Normal bir diyet alan yetişkin günlük enerjisinin % 55-70'ini karbonhidratlardan sağlar. KH. ların vücuttaki görevleri :

- Beyin dokusu ve ağır fiziksel hareketler için elverişli enerji kaynağıdır.
- Su ve elektrolitlerin vücutta tutulmasını sağlar.
- Proteinin enerji için kullanılmasını önleyerek proteine olan gereksinmeyi azaltırlar.

Kişisel ayrıcalıklar da gözönüne alınarak, bir kişinin bir günlük diyetinde 100-125 gr. KH. alması gerekir. Yani günlük enerjisinin 400-500 kalorisi KH. lardan alınmalıdır.

KH. ların besinlerdeki durumu şöyledir : (100 gr. ında)

Şeker	...	99 gr.
Bal, pekmez	...	75 gr.
Tahıllar	...	75 gr.
Kuru baklagiller	...	55 gr.

Patates	18 gr.
Yağlı tohum	15 gr.
Meyva	15 gr.
Sebze	8 gr.
Süt	5 gr.

KH. ların önemli bir özelliği de tatlı oluşlarıdır. Yenildiği zaman zevk verirler. Karbonhidratlar yandığı zaman enerji açığa çıkararak CO₂ ve H₂O halinde vücuttan atılırlar. İnsan KH. la beslenince ancak kalori alabilir. Karbonhidratlar da; proteinler, Vitaminler ve mineraller gibi aşınan dokuların onarılması ve yaşama olaylarının sürdürülmesi için gerekli özler, hemen hemen hiç yok gibidir.

İleri gitmiş kapitalist ülkeler KH. ların bu özelliğinden yararlanmışlardır. Geri kalmış ülkelerde şeker pancarı ve tahıl ekimini teşvik etmişlerdir.

Bunu kanıtlamak için örneğin yıllık tahıl tüketimine bakalım :

TABLO : I Çeşitli ülkelerdeki yıllık tahıl tüketimi (*)

Ülkenin adı	Bir insanın bir yılda tükettiği tahıl miktarı (kg. olarak)
A.B.D.	67
Kanada	71
İngiltere	85
Fransa	110
Hindistan	124
Pakistan	151
Mısır	188
Türkiye	268

Tablo I de görüldüğü gibi Türkiye'de bir yılda 268 kg. tahıl ve bir günde ortalama 700 gr. ekmek tüketilmektedir. Tahıllardaki KH. değeri % 75 olduğuna göre, Türkiye'de yalnız tahıllardan alınan KH. miktarı 525 gr. dır.

YAĞLAR : Yağlar yandıkları zaman en çok enerji açığa çıkaran besin öğeleridir. 1 gr. yağ yandığı zaman 9.4 cal. açığa çıkarır. Yağlar da karbon moleküllerinden oluşur. Karbonlar arasında çift bağın bulunup bulunmamasına göre iki türlü yağ asitleri vardır: Doymuş yağ asitleri ve doymamış yağ asitleri. Bunlardan doymuş yağ asitleri vücutta sentez edilemezler. Bunların, örneğin araşidonik asidin vücutta özel görevleri olduğu sanılmaktadır. Bu görevler büyüme ile ilgili bazı hormonların ön ögesidir ve yağların damarda akışkanlığını sağlar. Bu yağ asitlerine Esansiyel yağ asitleri denir. Bünyesinde çift bağ fazla olan yağlar sıvı yağlardır.

Çeşitli yiyeceklerdeki yağ miktarları şöyledir : (100 gr. larında)

— Sade yağ	95 gr.	— Yumurta	12 gr.
— Tereyağ	80 gr.	— Mısır	4 gr.
— Ceviz - fındık	63 gr.	— Süt	3 gr.
— Çekirdekler	45 gr.	— Kuru baklagiller	2 gr.
— Etler	20 gr.	— Buğday	2 gr.
— Soya fasulyesi	15 gr.		

Yağın vücuttaki görevleri :

- En çok enerji veren besin ögesidir.
- Esansiyel yağ asidi ve yağda eriyen vitaminler vücuda yağ ile alınabilir.
- Yağ midenin boşalmasını geciktirir.
- Deri altı yağ dokusu vücut ısı kaybını önler

— Organları çevreleyerek dış etkenlerden korur.

Normal olarak bir kişinin günlük dietinin % 20-30'u yağlardan sağlanmalıdır.

PROTEİNLER : İnsan organizmasının en önemli yapı taşları olan proteinler aminoasitlerden oluşur. İnsan organizması için en gerekli aminoasitler esansiyel aminoasitlerdir. Esansiyel aminoasitler şunlardır : Lizin, lösin, fenilalanin, izolösin, valin, metionin, tironin, triptofandır. Esansiyel aminoasitler vücutta sentez edilemeyen, dışarıdan alınması gerekli olan aminoasitlerdir. Hayvansal ve bitkisel kaynaklı olabilirler. Bunlar içinde ağırlık taşıyanlar hayvansal kaynaklı olanlardır. Bitkisel kaynaklı olanlar bütün aminoasitleri kapsamadıkları için hayvansal proteinlerin yerini tutamazlar.

Büyüme, hücrelerin çoğalması demektir. Bunun için de protein gereklidir. Vücut hücrelerinin büyük bir bölümü, proteinlerden yapılmıştır. Bu hücreler sürekli olarak değişip yenilenmektedirler. Bu nedenle vücuttan sürekli olarak protein dışarı atılır. Vücudun gerçek anlamda protein deposu yoktur. Ancak kısa süreli yetersizlikleri giderebilecek, az miktarda yedek protein saklanabilir. Eğer vücut protein almazsa zamanla kendi hücrelerini kullanır.

Proteinlerin besinlerdeki durumu şöyledir :

Bazı yiyeceklerin 100 gr. larındaki protein miktarı (gr. olarak)

Hayvansal kaynaklar		Bitkisel kaynaklar	
Kuzu eti	17.0 gr.	Nohut	19.2 gr.
Dana eti	18.7 gr.	Mercimek	23.7 gr.
Süt	3.5 gr.	Soya fasulyesi	20.0 gr.
Beyaz peynir	16.8 gr.	Ceviz	15.0 gr.
Tavuk eti	19.0 gr.	Buğday	11.5 gr.
Balık	19.0 gr.	Pirinç	7.2 gr.
Yumurta	12.8 gr.	Mısır	9.4 gr.
		Ekmek	7.8 gr.

Vücut gereksinimi için esansiyel aminoasitleri uygun oranda içeren proteinler, hayvansal proteinlerdir. Bunlar sindirim sisteminden fazla kayba uğramadan alınırlar. Vücuttaki sentezleride aynı oranda hızlı olur. Kolayca vücut proteini durumuna geçerler. Vücudun enerjiye gereksinimi olduğunda sırayla karbonhidrat, yağ depolarını kullanır. Sonra yapı taşlarını kullanmaya başlar.

Yapılan araştırmalara göre kazanılan ağırlığın % 65'i yağ, % 4.4'ü protein, % 1'i karbonhidrat, % 31.6'sı sudur. Bu durumda kazanılan 1 gr. ağırlığın enerji karşılığı 6.8 kaloridir. Yiyeceklerin termik etkisi olarak enerji değerinden % 10 kayıp çıkarıldıktan sonra bu 6.2 kaloriye eşittir.

Fiziksel çalışmanın artmasına karşılık, enerji sağlayan besinlerin alınımı artmazsa, artan gereksinim vücut dokularından karşılanır. Örneğin; alınan 3000 kaloriye karşılık 3500 kalori harcanıyorsa 500 kalori vücut dokularından sağlanıyor demektir. 1 gr. vücut dokusu 6.2 kalori sağlar. Buna göre her gün enerji açığını kapatmak için vücut ağırlığında $500/6.2 = 81$ gr. zayıflama olacaktır. Alınan enerjinin yetersizliği nedeniyle zayıflama bir süre devam edebilir. Ancak bu sürede yetersiz enerji alan birey, fiziksel çalışmada kısıntı yapar. Böylece harcadığı enerjiyi, aldığı enerjiye denkleştirme yoluna gider. İnsan, az enerji ile fazla fiziksel çalışmaya zorlanırsa, vücudun direnci azalır ve hastalıklara yakalanma olasılığı

artar. Bu nedenle endüstride, işçinin harcadığı enerji diyetle karşılanmazsa, işçinin sağlığı bozulur, iş verimi düşer, işe devamsızlık artar.

BESLENME BOZUKLUKLARI : Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu birçok hastalıklar ortaya çıkar. Bu hastalıkları şu şekilde sınıflayabiliriz :

A — Primer beslenme hastalıkları

- 1 — Genel açlık hastalıkları
- 2 — Protein-kalori yetersizliği hastalıkları
 - a — Marasmus (Distrofi)
 - b — Marasmic kwashiorkor
 - c — Kwashiorkor
- 3 — Avitaminozlar
 - a — Keratomalasia (A-avitaminozu)
 - b — Rickets (Rachitism-D-avitaminozu)
 - c — Scorbüt (C-avitaminozu)
 - d — Beriberi (Thiamin yetersizliği ve dengesizliği)
 - e — Pellegra (Niacin ve tryptophan yetersizliği)
 - f — Diğer avitaminozlar ve beslenme anemileri (Riboflavin, pyridoksin)
- 4 — Mineral yetmezliği hastalıkları
 - a — Demir eksikliği anemileri
 - b — Ca eksikliği bozuklukları (Osteomalasia, rachitism)
 - c — Basit guatr
 - d — Diş çürükleri
- 5 — Aşırı beslenme
 - a — Şişmanlık
 - b — Degeneratif bazı hastalıklar

B — Sekonder beslenme hastalıkları

- 1 — Metabolizma bozukluğu hastalıkları
- 2 — Degeneratif hastalıklar

Bu hastalıklardan bizim yurdumuz için en önemlilerinden biri marasmustur?. Marasmus yetersiz beslenme sonucu ortaya çıkan bir malnütrisyonudur. Marasmus ve diğer birçok beslenme bozukluklarında fiziksel ve fizyolojik gelişme bozukluğu yanında mental gelişmede de gerilik ve bozukluk görülmektedir.

Bir toplumda beslenme bozukluğu olup olmadığı şu yöntemlerle ortaya çıkarılır :

A — Büyüme ve gelişme durumunun değerlendirilmesi

- 1 — Fiziksel gelişme : Boy ve ağırlığın ölçülmesi,
- 2 — Fizyolojik gelişme : Hormonal gelişme çağının başlaması ve düzenliliği,
- 3 — Mental gelişme : Zekâ melekelerinin gelişimi,

B — Gıda tüketimi durumunun tetkik ve değerlendirilmesi :

C — Hayatî ve tıbbî istatistiklerin tetkiki : Kriterler :

- 1 — Doğum ve ölüm hızları ve ortalama ömür müddeti
- 2 — Bebek ve çocuk ölüm hızları
- 3 — Ölü doğum, düşük ve prematüre doğum hızı
- 4 — Anne ölüm hızı
- 5 — Primer beslenme bozukluğu hastalıklarının morbidite hızı
- 6 — Beslenme bozukluğu ile ilgili (Tbc, pnömoni, ishaller, anemiler, barsak ve kan parazitleri) hastalıkların morbidite hızı

D — Beslenme araştırmaları ile durumun tetkiki :

- 1 — Klinik taramalarla beslenme bozukluğunun tesbiti
- 2 — Biosimik analizlerle beslenme bozukluğunun tesbiti

Kapitalist toplumlarda her konuda olduğu gibi beslenme konusunda da sınıflar arasında eşitsizlik vardır. Egemen sınıfların kişileri yeterli ve dengeli beslenirken; emekçi kesimlerde beslenme yetersiz, en azından dengesizdir. Kapitalist üretim biçimini benimseyen ülkelerde, beslenme konusunda çelişkiler vardır. Çağımızda kapitalizm uluslararası bir nitelik kazanmıştır. Gelişmiş kapitalist ülkeler, az gelişmiş kapitalist ülkeleri sömürmektedirler. Bu ülkeler arasındaki çelişkiyi somut olarak görmek için aşağıdaki tabloya bakalım :

Çeşitli ülkelerde bir insanın bir günde tükettiği kalori, hayvansal ve total protein miktarı (TABLO : II) ()**

Ülkenin adı	Kalori Kal/gün	Total prot. Gr./gün	Hayvan. prot. Gr./gün
Seylan (1960)	2150	47	9
Hindistan (1960-1961)	1990	53	6
Pakistan (1959-1960)	2080	48	7
Mısır (1958-1959)	2520	73	12
Türkiye (1959-1960)	2830	91	16
Batı Almanya (1960-1961)	2950	80	48
Fransa (1959-1960)	2990	99	53
İsveç (1960-1961)	2920	81	53
İngiltere (1960-1961)	3220	87	52
A.B.D. (1960)	3120	92	65

Tabloda da görüldüğü gibi ileri gitmiş kapitalist ülkelerde protein tüketimi, geri kalmış kapitalist ülkelere daha yüksektir. Tabloda Türkiye'nin total protein tüketiminin, ileri gitmiş ülkeler düzeyinde olduğu görülmektedir. Ancak bunun bitkisel kaynaklı proteinlerden sağlandığı somut olarak ortadadır. Ayrıca bu değerler ülkenin ortalamasını gösterir. Bu ortalamalar ülkede herkesin aynı oranda beslendiğini göstermez. Egemen sınıfların beslenmesi ortalama değerleri yükseltmektedir.

Bilimsel ve teknolojiye gelişmeler tüketim alanında besin maddelerinin pazarlanmasını genişletmiştir. Kapitalist ülkelerde besin maddeleri merkezler yürütmektedir. Kapitalist ülkelerde besin sanayi, burjuvazinin en çok para kazandığı alanlardan biridir. Bu durum kapitalist ülkelerde az gelirli toplum kesimlerinin, besin maddelerini gereği kadar tüketemelerine yol açmaktadır. Yani gelişmiş kapitalist ülkeler de, beslenme problemleriyle karşılaşmaktadırlar.

Gelişmiş kapitalist ülkelerde tahıldan ve yağdan alınan kalori miktarı boş kalori olarak hesaplanmaktadır. Tablo III e bakalım :

A.B.D. nin tahıldan sağladığı kalori 630 kal/gün, yağdan sağladığı 540, boş kalori toplamı 1170 kal/gün dür. Kanada'nın tahıldan sağladığı 700 kal/gün, yağdan sağladığı 468 kal/gün, boş kalori toplamı 1168 kal/gün dür. Daha önceden anlatılan ve proteinden elde edilen kalori miktarlarıyla KH. ve yağdan elde edilen kalori miktarına bakılınca görülen fark, kapitalist ülkelerde protein harcamasına verilen değeri göstermektedir.

Her ne kadar bu rakamlar gelişmiş kapitalist ülkelerde yüksek ise de, alım gücünün düşük olduğu kesimlerde, günlük kalori miktarının düşük olduğu kesindir.

TABLO : III (*)****Türkiye'de ve diğer ülkelerde tüketilen günlük boş kalori miktarı**

Ülkenin adı	Tahıldan sağ- lanan kalori	Yağdan sağla- nan kalori	Boş kalori toplamı
A.B.D.	630	540	1170
Kanada	700	468	1168
Finlandiya	1078	450	1528
Avusturya	1102	450	1652
İsrail	1204	414	1618
Pakistan	1400	90	1490
Hindistan	1407	90	1497
Yugoslavya	1750	270	2020
Mısır	1757	126	1883
Türkiye	2450	216	2666

İlerlemiş kapitalist ülkelerde ortalama ömür süresi yüksektir. Ortalama ömür UNİCEF'in 1964 yayınlarına göre A.B.D. de 70 yıl, Batı Almanya'da 69 yıl Fransa'da 71 yıl, İngiltere'de 71 yıldır. Az gelişmiş ülkelerde ise bu rakamların çok düşük olduğu aşağıdaki tabloda görülmektedir.

Tablo : IV Çeşitli ülkelerde ortalama ömür süresi : (**)**

ÜLKENİN ADI :	ORTALAMA ÖMÜR (Yıl olarak)
A.B.D.	70
BATI ALMANYA	69
FRANSA	71
İNGİLTERE	71
HİNDİSTAN	32
KONGO, AFRIKA ÜLKELERİ	39
MEKSİKA	39
TÜRKİYE	46

Kapitalist ülkelerde sermaye çevreleri artık değere daha çok sahip olabilmek için, reklâm ile tüketimi arttırmaya çabalarlar. Günümüzde reklâm kampanyaları için, bütün yayın ve haberleme organları fazlasıyla kullanılmaktadır. Daha fazla reklâm yapan şirketler, çok satarak kazançlarını arttırmaktadırlar. Reklâm giderlerini vergiden düşürerek, bu giderleri yine kitlelere yüklemektedirler.

Bu rakamların çoğu besin maddeleriyle ilgilidir. İnsan vücudu için gerekli olmayan birçok sunî gıdalar, kişiler şartlandırılarak tükettirilmektedir. Örneğin mide için zararlı olan kolalı içkileri satan firmalar, dünyanın birçok ülkelerinde örgütlenmiştir. Kârları milyonları bulmaktadır.

Görüldüğü gibi sömürünün yoğun olduğu ve insan hayatının hiçe sayıldığı kapitalist toplumlarda, bir kısım mutlu azınlık beden ve zihnen yükseldiği halde, büyük kitleler çökmeğe mahkûm olmaktadır. Bu farklılık toplumda sosyal müdahalenin hızlanmasına, yeni bir toplumun doğmasına neden olmaktadır.

Doğuştan kalça çıkığının erken tanısı

Prof. Dr. Veli LÖK

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ KLİNİK DİREKTÖRÜ

Hastalığın en iyi ve ucuz tedavisinin ondan korunma olduğu hemen bütün hekimlerce kabul edilmiş, koruyucu hekimliğe bazı ülkelerin sağlık politikasında gerekli ağırlık verilmiştir. Ülkemizde koruyucu hekimliğe gerekli önemin verildiğini kabul edilebilmesi şimdilik mümkün değildir. Bazı gayretler ve özellikle mikrobik ve paraziter hastalıklarda elde edilmiş iyi sonuçlar sevindirici olmakla beraber koruyucu hekimliğin bütün hastalıklarda gereken önemi kazanmasını içten arzu ederiz. Özellikle kendi mesleğimiz olan ortopedi ve travmatolojide koruyucu hekimlik çalışmaları iyice yetersizdir. Halen bol sayıda çocuk felci sekeli, beyin felci sekeli, kemik enfeksiyonları ve doğuştan kalça çıkığı tedavi etmekteyiz. Bu hastalıklar ne kadar iyi tedavi edilseler az veya çok kusurlu sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Trafik, spor ve iş kazaları dahi koruyucu hekimlik uğraşı alanına girmelidir.

Biz bu yazımızda koruyucu hekimlik çalışmaları ile başka ülkelerde % 80 oranında azaltılmış, ülkemizde büyük oranda sakatlık nedeni olan doğuştan kalça çıkığında koruyucu tedaviye değineceğiz. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve ortopedi-travmatoloji bilim derneklerin bu yıl Mayıs ayında konuyu bir. «Doğuştan Kalça Çıkığı Haftası» içinde işleyeceklerini de memnuniyetle duyurmak isteriz.

Doğuştan kalça çıkığının % 95 oranla kalça displazisi yoluyla geliştiği çoğunlukla kabul edilmektedir. Vakaların ancak % 5 inde doğuştan önce oluşmuş çıkık söz konusudur. O halde doğuştan kalça çıkığının erken tanısı kalça displazisinin tanısına karşılıktır. Displazik kalça henüz çıkmamış, özellikle kemik gelişme bakımından geri kalmış, kapsülü gevşek, çıkmaya meyilli, zorlanırsa çıkabilen bir kalça eklemi gösterir. Displazik kalçayı doğuştan hemen sonra tanımak mümkündür. Daha sonra bahsedeceğimiz basit yöntemlerle displazik kalçanın tanınması ve tedavi edilmesi ilerde oluşacak hakiki kalça çıkığının önlenmesi yani bir nevi kalça çıkığından korunma anlamına gelmektedir. Kişiyi ileri derecede sakat

duruma sokan bu hastalığın önlenmesinin ne kadar önemli olduğunu belirtmeye gerek yoktur. Başlangıçta gayet kolay tedavi edilen kalça displazisi zamanla doğuştan kalça çıkığına dönüştükten sonra tedavi yönünden son derece güçlükler ortaya çıkarmakta 8 yaşından sonra kalçanın yerine konmasıyla tedavi başarısızlıkları ve kötü sonuçlarla dolu olmaktadır. O halde kalça çıkığının henüz başlangıçta yani displazisi devresinde iken tanınması ve tedavisi çok büyük önem taşımaktadır.

Kalça displazisinin tanınmasında değerli test ve klinik bulguları şu şekilde sıralayabiliriz; bunlardan en önemlisi Ortolani bulgusudur. Çocuk sırt üstü yatar, kalça ve dizler 90° ar derece fleksiyonda tutulurken baş parmaklar uyluk içinde ve diğer 4 parmak uyluk dışında olmak üzere el ayası dize gelecek şekilde her iki bacak kavranır ve uyluk istikametinde arkaya doğru itilir. Displazi mevcutsa femur başının arkaya çıkışı bir çıkış fenomeni şeklinde hissedilir. Bu durumda iken uyluklar abduksiyona getirildiğinde yani uyluklar birbirinden ayrıldığında femur başı acetabulum içersine girer ve bu giriş «Giriş fenomeni» şeklinde hissedilir, veya duyulur. Ortolani testi 1 aylıktan sonra genellikle negatif olmaktadır. Ortolani bulgusunun pozitif oluşu kalça displazisinin varlığını gösterir. Bazı yazarlar bu testten daha değişik testler uygulamakta ve kalça displazisini ortaya çıkarmaktadırlar. Ancak en yaygın olarak kullanılan test Ortolani testidir. Diğer testlerden ayrıca bahsedilmeyecektir. Bir çok ülkede, özellikle doğu Avrupa ve Kuzey Avrupa'da her yeni doğana bu testlerin uygulanması ile kalça displazisi erkenden tanınmakta ve kolayca tedavi edilmekte böylece kalça çıkığının ileride oluşumu önlenmektedir.

Kalça displazisi tanısında değerli olan diğer bir bulgu abduksiyon kısıtlılığıdır. Bu bulgu doğuştan hemen sonra pozitif olmakla beraber Ortolani bulgusunun aksine doğumdan sonra günler geçtikçe pozitifliği daha belli olmaktadır. Bu özelliği ve kolay yapılması nedeniyle doğumdan sonra çocukların sistemik kalça muayenesine tabi tutulmadığı ülkemizde önem kazanmaktadır. Testin yapılışı çok basittir hasta sırt üstü yatırılır kalça ve dizler 90° ar derece büküldükten sonra uyluklar abduksiyona getirilir yani birbirinden uzaklaştırılır. Normalde uyluklar ile muayene masasının arasındaki açının 20° ye kadar olması normaldir, 20° den fazla oluşu özellikle 30° den fazla olan değerler kalça displazisi yönünden anlamlıdır. Abduksiyon kısıtlığının tek taraflı bulunması daha büyük anıları taşır. Çift taraflı abduksiyon kısıtlığının bazı araştırmalarda yeni doğan bebeklerde % 10'a kadar varacak bir çoğunluk gösterdiği tesbit edilmiştir. Bu çocukların çoğunluğu kalça displazisi göstermeyen normal çocuklardır. Bu yönden düşünüldüğünde abduksiyon mahdudiyetinin kalça displazisi tanısında değeri azalmış gibi gö-

rülebilir. Ancak bazı araştırmacılara göre displazisi gösteren vakalarda abduksiyon mahdudiyetinin % 80 pozitif olduğu ortaya konmuştur. Yani abduksiyon mahdudiyeti gösteren vakalarda % 80 olasılıkla displazi mevcuttur. Bu yönden ve testin yapılmasının kolay olması nedeniyle abduksiyon mahdudiyetinin değerli bir bulgu olarak kabul edilmesi gerekir. Şüphesiz yalnız başına abduksiyon kısıtlığı kalça displazisi tanısı için yeterli değildir. Bu vakalarda hemen bir röntgen yapılmalı ve tanı röntgen ile desteklenmelidir.

Bu bulgulardan başka, uyluk plileri, asimetrisi, bacağın dışa dönüklüğü ve fazla hareket etmemesi, bacak kısalığı tanıya yardımcı diğer bulgulardır.

Kalça displazisi tanısında ilk 3 ayda genellikle klinik bulguları tanıya daha fazla yardım ettiği, röntgen bulgularının daha az önem taşıdığı, ancak 3 aydan sonra röntgen bulgularının tanıda değer kazanmağa başladığı kabul edilmektedir. Ancak yine de doğumdan sonra yapılan ön arka yöndeki kalça grafilerinde acetabular açının 30° den büyük olması, femur üst epifiz çekirdeğinin zamanında oluşmaması, metalin çapasının Perkins'in Vertical çizgisinden uzaklığının artışı, metafiz gagasının Hilgenreiner çizgisine mesafesinin azalması ve Shenton-Menard çizgisinin kırılması kalça displazisinin lehine yorumlanabilecek bulgular olarak kabul edilmektedir. Doğumdan sonra Von Rosen tarafından tarif edilmiş özel pozisyonda röntgen tanıya yardımcıdır. Bu metotta uyluklar 45° abduksiyona ve gelebildiği kadar içe rotasyona getirildikten sonra ön arka yönde grafi yapılır. Femur cismi istikametinde çizilen çizgiler acetabulumun üst kenarından yukarıda kalıyorsa kalça displazisi veya çıkık olduğu kabul edilir. Bazı yazarlar abduksiyon pozisyonunda başın redükte olduğu ve dolayısıyla patolojik kalçalarda normal görüntü verebileceğini bildirmişler ve bu özel pozisyonun değersizliğini ileri sürmüşlerdir.

Kalça displazisinin tanısına ait bölümü özetlersek; doğumdan hemen sonra displasiz tanısında klinik bulgular daha büyük önem taşır. Ortoloni bulgusu veya benzeri testler pozitif olursa tanı kesin kabul edilebilir ve tedaviye hemen başlanır. Değişik istatistiklere göre doğumdan hemen sonra yapılan toplu muayenelerde kalça displazisine rastlanma oranı (İnsidence) binde 1 ile binde 10 arasında değişmektedir.

Bir kere tanı konduktan sonra kalça displazisinin tedavisi çok kolay olmaktadır. Tedavide kalçaları kurbağa durumunda tutan (yani 90° abduksiyon 90° flexiyon 90° dışa rotasyon) abduksiyon ateller, adını verdiğimiz ateller uygulanmaktadır. Çeşitli abduksiyon atelleri içersinde Von Rosen ateli, Hass ateli, Frejka ateli Barlow ateli, Becker ateli sayılabilir. Bu atellerin genellikle 3-4 ay

kullanılması ile % 100'e yakın oranla normal kalça elde edilmektedir. Çıkık oluştuktan sonra yapılan tedaviler ile elde edilen sonuçların oldukça kötü oluşu ve uygulanan tedavi yöntemlerinin de oldukça güç ve riskli bulunuşu göz önüne alınırsa erken tanı ve tedavinin kalça displazisinde ne kadar önemli olduğu ortaya çıkar. Bu önemli nokta göz önüne alınarak 1952 yılından itibaren Kuzey Avrupa ülkelerinde kalça çıkığı erken tanısı için yeni doğan bütün bebeklere sistemik olarak kalça muayenesi yapılmaya başlanmış ve erken tanı ile kalça çıkığı oranı ülke çapında % 80 azaltılmıştır. Bu sonuçlar yayınlandıktan sonra dünyanın bir çok ülkelerinde yeni doğanda sistemik olarak kalça muayeneleri yapılmaya başlanmış ve erken tedavinin iyi sonuçlarından yararlanılmıştır. Dünyadaki durum böyleyken ülkemizde ancak büyük şehirlerde bazı üniversite kliniklerinde ve çok kısmi olarak erken tanıya götüren muayeneler yapılmaktadır. Bu muayenelerin en kısa zamanda ülkede doğacak bütün çocuklara uygulanması gerekir. Şüphesiz bu bir koruyucu hekimlik sorunudur ve devletin başta gelen görevleri içersindedir. Bunun yanında belirtilmesi gerekli diğer önemli bir hususta halk arasında yeni doğanlarda kundak kullanılmasıdır. Kundaklanmadığı takdirde kendiliğinden iyileşebilecek olan bir çok displazi vakaları kundaklama yoluyla kolayca çıkığa dönüşmekte, kundak adeta ülke içersinde faaliyet gösteren bir kalça çıkığı fabrikası gibi çalışmaktadır. Hükümetin özellikle eğitim yoluyla bu sorunu da koruyucu hekimlik görevi içersinde çözümlemesi gerekmektedir.

Ovulasyon yetmezliğine bağlı
KISIRLIĞIN TEDAVİSİNDE

Klomifen

Clomiphene citrate 50 mg. tablet

10 tabletlik şişelerde
piyasaya arz edilmiştir

Yurtoğlu

Yurtoğlu İlaçları A.Ş.

